Année 1910 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel DEBRADE

Né à Sancoins (Cher), le 7 Juillet 1887.

Du lever précoce des Accouchées

Président : M. Paul BAR, professeur.

PARIS (VI^e^)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

—

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON GRAND'PÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR DEBRADE

351

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur Albert ROBIN
Professeur de clinique thérapeutique à la Faculté
Médecin de l'Hopital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

M. le Docteur GUINARD
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

M. le Professeur Agrégé SÉBILEAU
Chirurgien-Laryngologiste de l'Hopital Lariboisière

M. le Docteur LEQUEUX
Chef de clinique obstétricale à la Faculté

M. le Docteur DEVRAIGNE
Chef de clinique adjoint à la Clinique Tarnier

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BAR
Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Il y a seulement quinze ans, ce sujet eût surpris la plupart des accoucheurs et de tous les côtés on eût crié au paradoxe.

Sans doute on avait sous les yeux les exemples nombreux de paysannes robustes accouchant sans difficultés, reprenant immédiatement leurs occupations quotidiennes, sans se soucier de leurs suites de couches et ne présenter d'incidents fâcheux immédiats, mais on restait sceptique, on considérait leur façon de faire comme imprudente, tant était ancrée l'opinion que la plupart des accidents du post-partum reconnaissaient pour cause un lever précoce.

Cependant plusieurs tentatives de réaction avaient été faites à l'étranger: Küstner avait essayé, il y a 30 ans, le lever précoce sur 16 femmes, mais ses résultats avaient été déplorables. A la même époque, Goodell, cité par Brutzer, avait, lui aussi expérimenté sur 700 femmes, mais son essai était passé inaperçu et la question restait au même point lorsqu'il y a quelques années, Boldt de New-York, dans une communication des plus intéressantes à l'Asso-

ciation Médicale Américaine préconisa le traitement ambulatoire des laparotomisés et exposa les bons effets de cette méthode. Son travail fut le point de départ d'un mouvement de discussions dans plusieurs sociétés savantes de France et de l'étranger: les essais furent repris un peu partout, en septembre 1908 une discussion très touffue eut lieu à la session des naturalistes et médecins à Cologne et en septembre dernier un rapport fut présenté sur la question au congrès international de Budapest.

Aussi, lorsque l'an dernier, M. le Professeur Bar, dont nous étions l'élève, nous eut parlé dans un cours magistral du « lever précoce des accouchées », le moment nous a semblé opportun de reprendre cette question intéressante et toute d'actualité, de l'étudier nous-mêmes, de montrer l'évolution des idées et la cause des variations, des contradictions en apparence déconcertantes qu'on trouve parmi les accoucheurs.

Notre étude a porté sur 400 femmes accouchées à la Maternité de la Clinique Tarnier que nous avons autorisées à se lever très tôt après leur délivrance, dès qu'elles en ont manifesté le désir et c'est le résultat de ces observations que nous exposerons dans ce travail.

Dans une première partie, nous verrons si le séjour au lit après l'accouchement a toujours été nécessaire, s'il est connu des peuples primitifs et quelle durée lui ont attribuée les principaux accoucheurs depuis la Renaissance. Nous noterons l'influence de ces accoucheurs et de leurs théories sur la législation et énumérerons les lois protectrices de la femme en couches.

Dans la seconde partie, après avoir relaté la tendance actuelle des chirurgiens américains à appliquer le traitement ambulatoire aux laparotomisés, nous exposerons les principaux travaux étrangers et nos recherches personnelles sur « le lever précoce des accouchées ». Nous terminerons par la discussion des avantages et des inconvénients de cette méthode.

Mais avant de commencer ce travail, notre premier devoir et le plus doux à remplir est de remercier tous les Maîtres qui ont contribué à faire notre éducation médicale et de nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée vis-à-vis d'eux pendant ces années de scolarité.

Nous adressons le témoignage de notre vive gratitude à MM. les professeurs de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand dont l'enseignement nous restera d'autant plus précieux qu'il a éclairé nos premiers pas, et à nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris pour la sympathie qu'il nous ont toujours témoignée et les bons conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le professeur Bar auprès duquel nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant. Grâce à lui nous avons pu étudier d'une façon spéciale l'art difficile des accouchements. Il a bien voulu mettre son service de la Maternité Tarnier à notre entière disposition, nous indiquer le sujet de cette thèse et aujourd'hui il nous fait le grand honneur d'en accepter la présidence. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance

pour les principes solides qu'il nous a inculqués en obstétrique, la bonté et l'amabilité qu'il nous a toujours témoignées.

Enfin nous adressons à notre père le Dr Debrade qui fut notre premier maître et restera pour nous un exemple de travail et de dévouement l'expression de notre profonde et filiale affection. Nous le remercions d'avoir su développer en nous l'amour de la Médecine et des malades et de nous avoir dirigé vers la carrière médicale, une des plus nobles, que l'homme puisse embrasser, puisqu'elle permet de soulager et de consoler.

DU REPOS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

CHEZ LES PEUPLES PRIMITIFS

La question du lever des accouchées a été souvent agitée par les médecins et résolue d'une façon bien diverse suivant les époques, les mœurs, les idées régnantes et aussi suivant les races et les milieux sociaux.

Les divergences sont si grandes que nous avons jugé intéressant de rechercher à titre de curiosité médicale les différentes coutumes de certains peuples primitifs et de voir ce qui se passait même à l'heure présente dans quelques régions pour le mettre en opposition avec les pratiques des nations les plus civilisées.

Un fait domine tous les autres: chez les peuples primitifs, le repos après l'accouchement n'existe pas. Les explorateurs et les médecins coloniaux nous en donnent de nombreux exemples. Ainsi dans le livre de M. Cabanès sur les curiosités de la médecine on trouve racontée l'histoire suivante: en 1852, M. Voisin juge de paix d'une commune de la Guyane reçoit pendant une nuit l'hospitalité dans une cabane d'Indiens Galibis et le lendemain apprend avec stupéfaction que, derrière la cloison de

feuillages qui séparait son hamac de celui de ses hôtes il était né un enfant. La mère ...était dès l'aube à la rivière, occupée à faire sa toilette et celle du nouveau-né.

Les Lyonnais se rappellent encore le cas de la négresse qui accoucha dans leur ville lors de l'exposition de 1894. Prise au cours d'une de ses sorties, par les douleurs de l'enfantement, cette femme accoucha sur la voie publique, procéda elle-même à sa délivrance puis fit sa toilette et celle de son négrillon à une borne-fontaine; elle rentra ensuite tranquillement au village noir, en tenant son enfant sur le bras.

Il en est de même dans beaucoup de contrées de l'Afrique centrale chez les Nyams-Nyams (cannibales) par exemple où la femme accouche parfois en marchant, sans s'arrêter pour si peu. Dès que la délivrance est terminée, elle va prendre un bain à la rivière en exécutant les danses les plus fantaisistes avec les amis qui l'escortent.

La négresse du Loango reprend également ses occupations quelques heures après l'accouchement. Dans les jours qui suivent sa délivrance, la jeune mère prend souvent des bains puis elle s'assied en un endroit isolé dans une légère excavation du sol qu'on tapisse de paillassons et tandis que des amis lui versent sur le corps alternativement de l'eau chaude et de l'eau froide, elle est soumise à un massage complet.

Si l'on en croit Engelmann (1), les Indiennes de l'Amérique du Nord ne prennent pas beaucoup plus de soins

(1) Engelmann. *Pratiques des accouchements chez les peuples primitifs*, 1885.

pendant leurs suites de couches. L'accouchement, dit-il, se fait soit debout, soit de la même façon que chez les peuples civilisés: décubitus dorsal, tête légèrement élevée, jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, mais le traitement que l'on fait suivre aux femmes après l'accouchement est des plus sommaires.

Dans certaines tribus, la femme reste levée la plus grande partie du jour, faisant de courtes promenades dans le camp et se reposant quand elle est trop fatiguée. Tout en se promenant, elle tient à la main un bâton qui l'aide à marcher et à soutenir son abdomen. Elle en appuie l'extrémité supérieure sur le ventre pour comprimer la paroi abdominale au-dessus de l'utérus et se penche le corps en avant. Cela dure trois ou quatre jours au bout desquels les promenades alternent avec des périodes de repos sur un lit. Le but de cette manière de faire est de faciliter l'écoulement des lochies. Ces peuples savent en effet parfaitement qu'il faut qu'une certaine quantité de sang soit évacuée et ils s'imaginent que si la patiente restait couchée, celui-ci s'accumulerait dans la cavité abdominale et causerait la mort.

D'autres tribus procèdent d'une façon un peu différente. Le plus tôt possible, après l'accouchement, la mère est placée sur un lit à terre près du feu et bien enveloppée dans des couvertures s'il fait froid. On la fait rester ainsi deux ou trois jours sans bouger, excepté pour satisfaire aux besoins naturels. Une fois délivrée de cette contrainte, elle s'occupe de son enfant et vaque aux occupations qui sont dévolues aux femmes indiennes.

Dans d'autres tribus, notamment chez celles qui sont

disséminées dans les plaines du Nebraska et du Colorado nous retrouvons les mêmes coutumes. M. Forwod, aux bons offices duquel une tribu Comanche avait fait appel pour un accouchement laborieux, nous donne une curieuse description des habitudes de ces peuplades. Pendant tout le temps du travail, dit-il, la femme, qu'on isole dans un abri en feuillages éloigné des autres cases et destiné spécialement aux accouchements, ne prend la position horizontale qu'au moment critique. Immédiatement après la naissance, la mère débarbouille l'enfant avec de l'eau tiède au moyen d'une queue de chevreuil et le roule dans une peau de chamois. Si la délivrance tarde à se faire, elle introduit elle même la main dans le vagin pour chercher à atteindre le délivre pendant qu'une vieille femme fait des tractions sur le cordon. Dès que le placenta est expulsé, la patiente se dresse tout debout, met une ceinture de cuir qu'elle serre à la taille et se perd dans la foule de ses amis qui chantent et dansent dehors autour du feu en signe de joie. Il n'est jamais question de fièvre puerpérale, mais les prolapsus utérins doivent être assez fréquents puisque, d'après M. Forwod, ces tribus emploient des pessaires en poil de buffle que beaucoup de femmes se trouvent très bien de porter.

Un de nos amis, établi sur les côtes du Pacifique, auquel nous demandions des renseignements sur les mœurs des indigènes de sa région, nous répondait récemment que chez les Apaches, on considère comme indispensable, dès que le placenta est expulsé, de faire lever la femme et de la faire marcher pendant une demi-heure ou davantage pour favoriser l'écoulement du sang et l'empêcher de se coaguler dans l'utérus.

« La même coutume existe chez les Canaques des îles Loyalty, écrivait l'an dernier le Dr Nicolas à la Presse Médicale: aussitôt délivrée de l'arrière faix, la femme se lève, se jette à l'eau de la rivière voisine ou de la mer et après quelques heures de repos reprend immédiatement ses occupations habituelles. »

Il en est de même chez beaucoup d'autres Indiens, du reste chez tous ceux où cet usage n'est pas relaté d'une manière spéciale on peut supposer qu'il existe d'une façon tout au moins inconsciente car il est très rare que les femmes de ces peuplades restent couchées après l'accouchement.

D'après les Annales de la Société de géographie, les mêmes procédés seraient appliqués en Océanie. Immédiatement après la délivrance, paraît-il, la Tahitienne est conduite à la rivière où elle entre jusqu'à mi-jambes et reste ainsi debout. Une autre femme placée derrière elle, pratique le massage de tout le ventre afin d'aider à l'expulsion des caillots qui restent dans l'utérus. Cette opération est répétée à plusieurs reprises, puis on lave la femme sur tout le corps et on la ramène à sa demeure. On ne change rien au régime des parturientes et dès le lendemain de leur accouchement, elles retournent à la pêche et reprennent leurs occupations habituelles. Si elles souffrent trop après leurs couches, on les fait transpirer copieusement et quand la sudation est abondante on les porte à la rivière où elles se plongent dans l'eau froide.

Si audacieuses et si imprudentes qu'elles nous paraissent, ces pratiques semblent toutefois plus logiques que

la coutume en honneur dans beaucoup de régions et désignée sous le nom de : couvade.

Dans certains pays, lorsqu'une femme vient d'accoucher, il est d'usage qu'elle se lève dès le premier ou le second jour pour laisser la place au père dans le lit ou le hamac. Cette coutume bizarre a existé dès la plus haute antiquité ainsi que l'établit le témoignage des écrivains grecs et romains. Elle a été signalée chez les Thraces, chez les Ibères. A la fin du XVIII[e] siècle, Marco Polo l'a retrouvée au Turkestan chinois et chez les Tartares. Enfin, plusieurs auteurs ont constaté à diverses époques la continuation de cet usage du lever précoce de l'accouchée avec substitution du mari au Canada, au Groënland, en Corse (1) :

> En Amérique, en Corse et chez l'Ibérien,
> En France même encore chez le Vénarnien,
> Au pays navarrois lorsqu'une femme accouche,
> L'épouse sort du lit et le mari se couche ;
> Et quoiqu'il soit très sain et d'esprit et de corps,
> Contre un mal qu'il n'a point l'art unit ses efforts,
> On le met au régime et notre faux malade
> Soigné par l'accouchée en son lit fait couvade..

D'après l'anglais Brett, ce procédé serait également très en honneur parmi les Indiens de la Guyane où le père, dès que l'accouchement est terminé, se met dans le hamac et y reste quelques jours pendant lesquels la mère du nouveau-né vaque à ses occupations sans qu'on s'occupe d'elle.

(1) Cabanès. *Les curiosités de la médecine*, 1900.

Ainsi donc on retrouve chez la plupart des peuples primitifs l'absence complète de repos après la délivrance. Les soins prodigués à la nouvelle accouchée sont nuls: un simple bain à la rivière voisine résume en général toute l'hygiène du post-partum.

Si dans certaines régions on soumet la femme au repos c'est vraisemblablement pour obéir aux croyances religieuses que l'on a sur l'état d'impureté de la femme à ce moment. Il est probable qu'un sage législateur frappé de ce manque de soins après un acte physiologique aussi violent et désireux d'assurer d'une façon certaine quelque temps de repos à la jeune mère, a inculqué à ses disciples cette notion d'une période d'impureté morale et physique pendant laquelle la femme a droit au respect et au repos. On retrouve d'ailleurs cette coutume établie dès les temps les plus reculés: chez les anciens Hébreux la durée de l'impureté était déterminée légalement dans le Lévitique: la femme qui a donné naissance à un fils sera impure pendant sept jours et ne sortira que le trente-troisième. Si elle a enfanté une fille, elle restera impure pendant deux semaines et ne sortira que le soixantième jour. En effet, si l'on s'en tient aux textes, la Vierge alla au temple le quarantième jour; du reste ces moyennes de sept jours et de trente qui étaient assignées représentent bien les deux périodes des couches: celles des lochies rouges et celle des lochies blanches.

Les Grecs étaient du même avis et Hippocrate dans son « de natura pueri » affirme que la purification de la femme dure trente jours en cas de naissance mâle et soixante en cas de naissance féminine.

Au Japon, d'après Engelmann, cette période est de vingt-et-un jours et à Madagascar d'une semaine.

Par contre, on retrouve chez les peuples où la religion n'intervient pas d'une façon aussi formelle et chez lesquels les préceptes hygiéniques ne sont pas encore connus, les mêmes habitudes que chez les primitifs. C'est ainsi qu'en Russie, raconte le comte de Grammont, on voit des femmes Kamtschadalles qui, pendant le temps qu'elles sont en travail, vaquent encore aux soins de leur ménage et qui, un quart d'heure après leur délivrance, sortent avec leur enfant dans les bras sans en être le moins du monde incommodées.

Il est certain, comme le dit si bien le Dr Bouchacourt, que de tels faits nous rendent rêveurs, car ils ne correspondent plus du tout à ce que nous voyons dans les villes et particulièrement dans les Maternités de Paris.

Que de fois on nous amène des filles-mères domestiques ou ouvrières qui, après plusieurs mois d'inquiétudes continuelles, ont accouché clandestinement dans leur chambrette du sixième étage. Ces pauvres femmes font tous leurs efforts pour ne pas interrompre leurs occupations, mais cet espoir est presque constamment déçu par une hémorragie ou une syncope révélatrices dont les conséquences sont quelquefois extrêmement graves pour les intéressées.

On peut donc en conclure que, si les primitives n'éprouvent pas le besoin de se reposer après l'accouchement, à l'heure actuelle le séjour au lit dans les suites de couches semble nécessaire chez les femmes qui présentent un certain degré de civilisation.

OPINIONS DES ACCOUCHEURS SUR LA DURÉE DU SÉJOUR AU LIT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

I

Il est un fait certain et de notion vulgaire, c'est que plus on s'éloigne de la vie selon la nature, plus l'acte physiologique de l'accouchement tend à s'écarter de la terminaison naturelle. Les explorateurs sont unanimes à raconter qu'en général chez les peuplades primitives la délivrance se fait spontanément, les suites de couches étant toujours exemptes d'accidents, alors que pour nous l'obstétrique est un vaste champ d'action. Que de fois nous devons intervenir pour des cas de dystocie, que de fois aussi une complication inattendue, alors même que tout pour l'accouchement s'était bien passé, vient assombrir le pronostic les jours suivants. Aussi, en ce qui concerne ce point particulier: les suites de couches, plus que pour tout autre, on peut affirmer que dans tous les pays et à toutes les époques, les habitudes de la classe pauvre

et de la classe riche, des habitantes de la campagne et des gens de la ville ont toujours été très différentes.

A quoi doit-on attribuer ces variations souvent constatées dans la même famille? Faut-il les rapporter à l'insouciance chez certaines femmes, à la nécessité chez d'autres? S'agit-il au contraire d'un luxe de précautions qu'autorise la situation financière et qu'explique l'habitude de sédentarité de certaines autres? Evidemment non, répond le docteur Bouchacourt, il y a là une question de nécessité physique: chez la femme très civilisée il n'y a pas seulement diminution de la force musculaire, mais encore affaiblissement de la volonté et de l'énergie et moindre résistance de l'organisme. De même que chez les gens des villes les maladies épidémiques et contagieuses sont souvent plus malignes et plus fréquentes que chez les habitants des campagnes où en général l'hygiène est cependant complètement méconnue, de même, plus la femme est civilisée, plus le travail est long, plus l'accouchement devient un véritable traumatisme après lequel la convalescence est lente, son retentissement sur tous les organes étant beaucoup plus marqué.

C'est ce qu'avaient déjà observé et compris les Spartiates chez lesquels la nouvelle accouchée était affranchie de tout compliment fade et ennuyeux et prenait quelque repos après sa délivrance. A Rome de même, les soins étaient donnés aux femmes jusqu'au sixième jour. Pendant ce temps, on laissait suspendue au-dessus de la porte de leur maison une couronne pour avertir passants et amis de respecter cet asile:

Foribus suspende coronas
Jam pater es

A ta porte suspend des couronnes
Tu es père (Juvénial)

On jugeait donc nécessaire au bon rétablissement de la jeune mère le calme, le repos et l'absence d'émotions. C'est sans doute pour cette raison que dans des temps plus modernes, le magistrat de Harlem accordait une espèce de sauvegarde à la demeure de la femme en couche et l'aproche en était défendu à l'appariteur et à tout suppôt de justice.

En France, la question de la durée du séjour au lit des accouchées a été réglée d'une façon si différente suivant les époques que nous avons voulu revoir toutes les opinions depuis la Renaissance. Il nous a paru intéressant d'exposer brièvement ce qui a été écrit par les principaux auteurs qui ont visé à diriger ou à fixer les idées régnantes de leur temps.

Ambroise Paré ne donne aucune indication.

Guillemeau (1598) « le père de l'obstétrique » est bref, mais il fixe au huitième jour le moment où « la matrice est bien purgée et déchargée » Jusque là, la femme gardera le repos sans se mouvoir ny agiter beaucoup, ny même regarder le grand air, parlera pas si elle le peut et ne sera visitée ou entretenue que de ses familiers amis et parents, lesquels ne lui diront chose qui la puisse fâcher ni attrister. Dormira la nuict et non le jour, vray est que si elle n'avait pas reposé la nuict pour quelque

douleur elle pourra dormir le jour à telle heure que le sommeil la prendra. »

Ainsi, à la fin du XVI^e^ siècle, les femmes restaient huit jours dans un repos absolu. Il en a été de même pendant une partie du XVII^e^ siècle, car les accoucheurs de cette époque, St-Germain, Fournier, Viardel, Portal et Peu ne donnent aucune indication sur ce sujet dans leurs ouvrages.

Seul, Mauriceau (1664) fixe une règle à ses patientes. Pour lui, la durée du repos est de trois semaines: c'est le temps voulu pour que tout soit rentré dans l'ordre. « L'accouchée, dit-il, se doit tenir en grand repos dans le lit, couchée sur le dos, la teste un peu élevée, sans se tourner si souvent de costé et d'autre afin que la matrice se raffermisse mieux dans la première situation. Elle ne prendra en ce temps aucun soin de son ménage, parlera le moins qu'elle pourra et que ce soit à voix basse et on ne lui rapportera aucune mauvaise nouvelle qui la put saisir, car toutes ces choses causent tant d'émotion et de perturbation aux humeurs que la nature ne les pouvant dominer, n'en peut aussi faire l'évacuation nécessaire. »

Il est bien probable que Mauriceau ne visait, en leur dictant ces sages préceptes, que les femmes de la bourgeoisie car, dans le peuple on devait se lever bien plus tôt.

Cinquante ans plus tard, en 1724, Dionis, dans son célèbre traité général des accouchements, nous indique ce qu'était à son époque, la vie d'une accouchée riche. Dès que l'accouchement était terminé, il ne fallait pas que la fem-

me s'endormit, son entourage était chargé de ce soin, mais Dionis proteste contre cette coutume: « Le repos tant du corps que de l'esprit, dit-il, est extrêmement nécessaire à l'accouchée, elle n'en peut pas observer un assez grand; il ne faut point qu'elle se tourmente dans son lit: elle doit être couchée sur le dos, la teste un peu élevée, afin que la matrice puisse mieux se raffermir dans la situation naturelle. Il ne faut point qu'elle sente le froid et qu'au contraire elle soit couverte jusqu'à lui procurer la sueur; il faut qu'elle ait la couverture jusques sous le menton et les bras toujours dans le lit. Il ne faut point qu'elle parle trop et pour cet effet, il ne faut pas qu'elle voye beaucoup de monde. Chez les Dames du premier rang, personne n'entre dans leurs chambres pendant les neuf premiers jours pas même le jour, car toutes les fenêtres en sont fermées et il n'y a qu'une bougie allumée jour et nuit. On ne leur rapportera aucune mauvaise nouvelle et elles ne mettront le pied à terre qu'après les neufs jours passés. »

Le terme du lever est donc ici expressément indiqué: c'est neuf jours et quel repos! En voulant réagir contre une mauvaise habitude, Dionis retombait dans une exagération aussi imparfaite...

Ses conseils furent néanmoins suivis pendant un certain temps et Levret ne permettait aussi à ses malades de mettre pied à terre que le douzième jour surtout quand il avait affaire à des personnes aux tissus flasques sans risquer, disait-il, de les exposer volontairement à un prolapsus uteri.

A la même époque, Smellie dont l'autorité était reconnue de tous les accoucheurs en Angleterre professait les mêmes idées, mais sa sévérité était moindre. Les femmes doivent garder le repos sur le dos pendant cinq jours et rester assises jusqu'au neuvième, mais il peut arriver qu'elles se lèvent avant et cela sans grand inconvénient. »

Cette indulgence relative fut le point de départ d'un léger mouvement de réaction dont White tenta d'être le promoteur en 1775: « Mes malades, dit-il dans son manuel du traitement des femmes enceintes et accouchées, s'asseoient droites dans leur lit quelques heures après l'accouchement. Quelques-unes se lèvent le premier jour, d'autres le deuxième, le plus tard le troisième. Personne ne pourra penser qu'un lever si précoce puisse présenter des inconvénients quand j'aurai dit qu'aucune de mes accouchées n'a eu, après ce traitement sommaire de prolapsus.

Et de fait, il faut croire que les accidents furent peu nombreux, puisque quelques années plus tard, Baudelocque dont l'influence en obstétrique était prédominante ne condamne pas cette façon de procéder. Bien qu'il jugeât nécessaire un repos de huit à dix jours, il aurait facilement pardonné les manquements à cette règle: « l'on ne doit pas obliger, dit-il, les femmes nouvellement accouchées de garder constamment la même position et de rester sur le dos pendant les premières vingt-quatre heures comme on leur recommande encore que trop souvent. Rien ne pouvant mieux les délasser de la fatigue du travail que la liberté de remuer et de changer d'attitude, l'on ne devrait pas les en empêcher. »

C'est, en somme, le lever à la fin de la semaine mais les femmes font un peu ce qu'elles veulent tout en restant couchées.

Les accoucheurs qui dérivent de Beaudelocque se montrent très larges et si Madame Lachapelle conseille à ses malades de ne faire aucun exercice les premiers jours de couches, par contre, Capuron le leur recommande: « Rien ne délasse autant la femme, écrit-il en 1823, que la liberté de se mouvoir dans son lit, de se placer sur le côté ou de se lever sur son séant. Cette dernière attitude peut même favoriser l'écoulement des lochies, dissiper le mal de tête, l'anxiété ou le malaise que peut causer le séjour du lit. Toutefois, la femme ne doit se livrer à aucun exercice avant la fièvre de lait et s'il est nécessaire de faire son lit, qu'on la transporte dans un autre. Elle peut se lever un peu chaque jour après la révolution laiteuse, mais elle ne doit marcher ou rester debout qu'après neuf ou dix jours, encore si les symphyses ou articulations du bassin avaient été excessivement relâchées pendant la grossesse ou fatigués par le travail, devrait-elle garder le lit pendant plusieurs semaines. »

Gardien dit exactement la même chose: on peut permettre le lever le cinquième jour. Tel est aussi l'avis de Dugès qui laisse ses malades se lever le quatrième jour et marcher le six ou septième, et de Velpeau pour lequel cinq ou six jours suffisent quelquefois.

Quel changement dans les idées s'est peu à peu effectué et comme nous sommes loin de la chambre noire avec la bougie allumée où les bourgeoises du temps de Dionis

passaient inertes leurs suites de couches. Cependant il est à remarquer que les conseils des accoucheurs sont jusque là purement empiriques, aucune notion scientifique ne les guide: les uns suivent l'exemple de quelque devancier plus ou moins éloigné, les autres, leur bon plaisir. Aussi, allons-nous assister bientôt à un revirement; on commence à mieux connaître l'involution utérine, on a pu constater quelques métrites et les accoucheurs redeviennent prudents.

« Le séjour au lit pendant huit ou neuf jours, enseigne Moreau en 1841, a une grande importance. C'est le seul moyen de prévenir les chutes de la matrice, accident si ordinaire chez les femmes qui négligent cette précaution par indocilité ou chez celles auxquelles les circonstances ne permettent pas de l'observer. Le lit a d'ailleurs l'avantage d'entretenir une douce chaleur qui favorise l'exhalation cutanée. »

« L'accouchée doit garder le lit pendant les dix ou douze premiers jours, dit Jacquemier, elle ne restera d'abord levée que quelques heures et ne se livrera à aucune occupation. Dès qu'on permet à la femme de se lever, il ne faut pas négliger de s'assurer si l'utérus est bien à sa place afin de pouvoir prévenir à temps un prolapsus, une rétroversion, accidents auxquels ce défaut d'attention l'expose souvent. »

Joulin est plus précis; il exige la promesse d'un repos de six jours en décubitus dorsal et d'un séjour au lit de quinze jours: je fais de l'obéissance sur ce point, dit-il, une condition préalable et formelle de mon assistan-

ce, car il ne faut pas oublier qu'après l'accouchement, la matrice est un corps inerte et pesant, ses ligaments relâchés ne l'empêchent plus d'obéir à l'impulsion qu'elle reçoit de la station; elle tombe où son poids l'entraîne et plus tard, lorsque les ligaments reprennent leur longueur normale, ils n'ont pas assez de puissance pour remédier au déplacement qui s'est produit et qui augmente ensuite sous l'influence de la marche et des efforts. »

Au fur et à mesure que les notions bactériologiques sont plus connues, le revirement ne fait que s'accentuer. Les accoucheurs exigent un repos de plus en plus long: quinze jours pour Cazeaux et pour Courty, trente pour Charpentier qui voudrait attendre le retour de couches pour permettre le lever, mais tous recommandent de ne laisser la femme quitter son lit, que quand l'utérus a perdu la plus grande partie de son poids et quand son fond descend et disparaît dans le petit bassin.

Avec Tarnier, c'est surtout les métrorrhagies et les phlébites que l'on redoute. La nature infectieuse de la plupart des maladies est reconnue, aussi a-t-on une tendance à attendre que les trois semaines, laps de temps pendant lequel toute phlegmatia s'est, en général, déclarée, soient passées. « On devra, disait Tarnier, pour permettre à une accouchée de se lever, se fonder sur le volume de l'utérus, sur l'abondance et la nature de l'écoulement lochial, sur l'état général, bien plutôt que sur le temps écoulé depuis l'accouchement. »

Les conseils de Tarnier ont été suivis et c'est à peu près les mêmes recommandations que nous trouvons dans

les traités classiques actuels. Il semble même que la sévérité des accoucheurs ait eu plutôt tendance à se renforcer qu'à se relâcher au cours de ces dernières années. Tous ne veulent pas permettre le lever avant le vingt-et-unième jour sous prétexte que l'involution utérine n'est complète qu'à partir de cette date.

Ainsi, alors que Tarnier déclarait: il est avantageux pour une accouchée de garder la position horizontale quinze et même vingt jours, s'il est possible ». Ribemont et Lepage disent: « Ce n'est en moyenne que du dix-huitième au vingt-cinquième jour, lorsqu'elle ne perd plus de sang et que l'utérus est redevenu organe pelvien que la femme peut se lever sans grand inconvénient. »

Nous retrouvons la même opinion dans Pinard, Budin et Demelin, Maygrier, Porak.

Et cependant si la clientèle aisée a suivi toujours scrupuleusement les conseils des Maîtres de l'obstétrique, il n'en a pas été de même à l'hôpital et dans la classe ouvrière. Depuis un temps immémorial, il est convenu dans le peuple qu'une femme doit rester couchée neuf jours après l'accouchement. C'est l'usage dans les classes moyennes de toute l'Europe civilisée et, si nous en croyons M. Desplats de Lille, il en était déjà ainsi du temps de Charlemagne. Cette coutume s'est propagée dans sa formule brève et nette à travers les temps et nous la retrouvons encore maintenant appliquée consciencieusement dans toutes les Maternités. D'après les statistiques déjà anciennes de M. Napias, sur 1780 femmes accouchées dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées de Paris, 1471

étaient sorties dans le cours de la seconde semaine de leurs couches. En 1890, M. Pinard présenta à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle une communication au cours de laquelle il déclarait que sur 425 femmes qui avaient accouché d'une façon tout à fait physiologique dans son service, 404 étaient sorties avant le seizième jour, alors qu'il n'en avait renvoyé aucune.

Quant à nous, il nous a été donné de constater maintes fois le fait pendant le temps que nous avons passé à la Clinique Tarnier et presque chaque fois, alors que nous demandions aux femmes pourquoi elles partaient, nous avons reçu comme réponse cet argument sans réplique: « je pars, parce que c'est aujourd'hui mon dixième jour. »

II

Malgré leur grand désir d'appliquer dans leurs services hospitaliers la même méthode que dans leur clientèle privée, les accoucheurs se sont toujours heurtés à ce préjugé des neuf jours. Jusqu'à maintenant leurs efforts pour le déraciner ont été vains et l'Assistance publique elle-même, par une contradiction choquante avec les idées émises par les médecins de ses hôpitaux, s'est vue dans la nécessitée d'accepter le terme de dix jours pour le séjour des accouchées chez les sages-femmes agréées. Néanmoins, depuis vingt ans on a vu se multiplier les œuvres de secours aux nouvelles accouchées, philanthropes et législateurs de la plupart des nations européennes se sont unis

dans un commun effort et à l'heure actuelle presque tous les pays ont imposé des mesures relatives à la reprise du travail après la délivrance. On ne peut que s'en féliciter, car quelle que soit l'époque à laquelle une femme se lève, il est bien certain qu'elle ne peut reprendre son travail ou ses occupations souvent si pénibles dix jours après l'accouchement, lorsqu'elle quitte la clinique. Si elle part, si le chef de service est obligé de mettre le traditionnel « exeat sur sa demande » il est incontestable qu'elle n'est pas remise et la Société a le devoir de la suivre et de l'aider à se soigner.

Il est à remarquer que dans toutes les mesures édictées par les législateurs, il s'agit de la reprise du travail et non du lever de la nouvelle accouchée, point précis que nous étudions dans ce travail, mais il y a une solidarité entre ces deux ordres de faits. L'idée qui avait dirigé les esprits était l'étroite relation entre les affections génitales et les fatigues après l'accouchement avec la subinvolution utérine. On avait remarqué, et la chose est encore exacte aujourd'hui, qu'une reprise trop rapide d'un travail pénible, d'une occupation souvent au-dessus des forces de la femme que l'industrie ou le commerce emploie par économie, était suivie d'accidents fâcheux et que ces accidents pouvaient avoir les plus grandes conséquences pour la vie génitale future de la femme et partant pour la race. De plus, les puériculteurs avaient remarqué qu'une femme qui n'allaite pas, s'attache beaucoup moins à son enfant, qu'elle l'abandonne même plus volontiers et par conséquent, qu'il était dans l'intérêt de l'enfant de tout

faire pour le laisser quelque temps avec sa mère. Le moyen le plus simple d'arriver à ces divers buts, était d'inculquer à la femme la nécessité de rester au lit un certain nombre de jours après son accouchement. Pendant ce temps, ses organes reprenaient leur volume normal, tout rentrait dans l'ordre, l'enfant profitait du repos et du lait maternels, la femme s'attachait et s'intéressait plus à son enfant et lorsqu'elle reprenait son travail si elle était ouvrière, ou ses occupations quotidiennes et ménagères si elle était de classe moyenne, elle était plus résistante et son organisme s'apercevait moins de la transition.

Les choses en étaient-là, lorsqu'il y a une quinzaine d'années, Lucas-Championnière montra que le traitement des fractures par le massage avait du bon, qu'il devait être employé dès le début et comme moyen fondamental même dans les fractures compliquées. « Ne constate-t-on pas, disait-il, qu'en mécanothérapie les muscles contusionnés guérissent le mieux par le repos entrecoupé d'exercices soigneusement dosés ; à l'immobilité absolue longtemps considérée comme indispensable, il faut substituer la mobilisation précoce et le massage; aux appareils rigides et inamovibles des appareils souples et qu'on enlève fréquemment.

C'était une véritable révolution mais elle avait son utilité, la méthode nouvelle trouva des adeptes et quelques années plus tard, en 1899, M. Desplats écrivait dans le *Journal des Sciences Médicales* de Lille: « les chirurgiens dans cette réforme, ont été précédés par les empiriques

et longtemps même, ils refusèrent d'en admettre les heureux résultats. Aujourd'hui, la réforme est faite et presque définitive. Elle ne doit pas s'arrêter là et il faut l'étendre à d'autres domaines. Ce ne sont pas seulement les membres fracturés qui se trouvent bien de la mobilisation, ceux aussi atteints d'affection articulaires en tirent un grand profit. Le fait est bien et depuis longtemps connu des vétérinaires qui nous recommandent, lorsque nous avons un cheval rhumatisé et enraidé de ne pas le laisser au repos et de lui faire violence pour le faire marcher, et quelque brutale que paraisse la méthode, elle donne de bons résultats. Elle est aussi connue des malades atteints de rhumatisme articulaire chronique ou subaigu. On les voit, ceux qui sont expérimentés, se faire violence et malgré la douleur, fuir le repos et marcher et tous s'en louent quoiqu'en puissent dire les médecins. Ils remarquent par exemple, que c'est le matin après le repos de la nuit que les mouvements sont plus difficiles et que, plus on avance dans la journée, plus ils bougent, moins la marche devient pénible. »

Pendant ce temps, les accoucheurs avaient travaillé, ils avaient mieux étudié l'involution utérine et les accidents du post-partum et leurs recherches les avaient amenés à constater lentement mais sûrement que dans toutes les lésions il y avait un élément prédominant : l'infection. A elle, il fallait rapporter les métrites, la phlegmatia, la subinvolution, la septicémie puerpérale. Sans elle, tout rentre dans l'ordre normalement, l'involution se fait bien et d'autant mieux que l'état général est meilleur. Il faut

donc relever cet état général et soutenir l'organisme, mais un des meilleurs éléments de santé c'est le mouvement et l'absence d'intoxication intestinale, c'est-à-dire l'absence de constipation.

Et ainsi, vaguement, confusément, on fut amené à se demander si le muscle utérin, comme les autres muscles de l'organisme, ne se trouverait pas bien du massage et de la mobilisation et si on ne ferait pas bien de diminuer le séjour au lit des accouchées, du moment qu'on est certain qu'il n'y a pas d'infection.

Il y a trente ans, Küstner avait bien tenté mais il avait échoué et il devait échouer parce qu'on n'avait pas alors la sévérité actuelle d'asepsie. On s'en rendait très bien compte, aussi peu à peu fit-on mieux et comme la gynécologie opératoire se faisait de jour en jour plus active, on observa mieux. On remarqua que dans les laparotomies, les accidents infectieux sont bruyants. C'est tout bien ou tout mal. Dès les premiers jours, deuxième ou troisième, si la malade doit avoir une complication septicémique on voit apparaître un cortège de symptômes impressionnants: frissons, fièvre, délires etc., et l'on doit redouter une issue fatale. Si, au contraire, l'opération s'est passée aseptiquement, si la malade n'a pas subi une auto ou une hétéro-infection, dès que le premier shock opératoire est passé, elle se sent bien. Le rôle prépondérant de l'infection ne fait plus de doute, le traumatisme d'une intervention chirurgicale par lui-même ne présente aucune gravité et l'organisme ne demande pas un repos aussi complet qu'on le pensait autrefois.

DU LEVER PRÉCOCE DES LAPAROTOMISÉS

L'heure était propice pour battre en brèche la vieille théorie. Puisque l'infection seule était à craindre, avec l'antisepsie on avait une arme puissante contre elle. On pouvait tenter beaucoup et en effet, on obtenait des résultats inattendus. Aux interminables suppurations d'autrefois, se substituait la réunion par première intention, à la fièvre prolongée des suites d'interventions l'apyrexie : il était tentant de prouver le succès par un lever précoce, cette idée parut séduisante et plusieurs l'émirent.

En 1899, devant la section de chirurgie de l'Association médicale américaine, une professeur de gynécologie de Chicago, M. Ries (1) proposa de faire lever les laparotomisés aussitôt qu'ils en seraient capables et de les laisser se retourner dans leur lit comme ils l'entendraient. Le but de cette motion était d'éviter aux opérés les inconvénients du décubitus horizontal prolongé, mais elle fut accueillie très froidement et il est probable que la plupart des congressistes la taxèrent d'insensée.

(1) Ries. In Journal American médical Association, août 1899.

Elle ne tomba pourtant pas dans l'oubli. « Depuis 1891 ou 1892, dit M. de Bovis (1), un autre professeur de gynécologie, M. Boldt de New-York avait pris l'habitude de faire lever, dès le premier ou le second jour après l'intervention, la plupart de ses hystérectomisées par voie vaginale. A dater de la communication de M. Ries, il agit de même à l'égard de ses opérées par voie abdominale et depuis quelque temps, il ne cesse de défendre sa nouvelle manière de faire. »

Avant lui, plusieurs autres chirurgiens s'étaient déjà efforcés d'abréger le séjour au lit de leurs malades. C'est ainsi que M. Byford les faisait lever du dixième au douzième jour, MM. William et Charles Mayo, M. Grandin vers le huitième et ces tendances n'étaient pas isolées. M. Boldt nous apprend même que sept ans avant M. Ries un autre chirurgien américain, M. Robert Morris, avait commencé par faire lever ses opérés de très bonne heure, mais que devant les critiques de ses confrères, il avait fini par y renoncer.

En Allemagne, la méthode américaine avait également un partisan et depuis plusieurs années à la clinique du professeur Landau de Berlin, dès le lendemain des laparotomies, on s'efforçait de faire exécuter aux opérés des mouvements assez étendus; on les invitait à fléchir et à étendre les cuisses sur le bassin, à se mettre sur le côté, à soulever le haut du corps. On leur permettait de se lever deux jours après l'opération lorsqu'elles se sentaient capa-

(1) de Bovis. In Semaine Médicale, 12 février 1908.

bles de le faire et quand tout allait bien, la malade abandonnait le lit au milieu ou à la fin de la première semaine.

Bien que, comme nous venons de le voir, en cette question la priorité n'appartienne pas à Boldt, c'est cependant lui qui a transformé le lever précoce en une véritable méthode thérapeutique et nous croyons utile de rappeler ici brièvement sa manière de faire d'après M. de Bovis.

« La laparotomie une fois achevée et le ventre refermé, on applique sur la ligne des sutures abdominales, quelques compresses de gaze de façon à en obtenir de six à huit épaisseurs et on les fixe aux extrémités de la ligne d'incision par deux bandelettes de sparadrap. On applique ensuite un appareil ayant pour but d'immobiliser les parois abdominales.

Pour cela on prend une longue et large bande de sparadrap qu'on replie à la façon d'un appareil de Scultet pour la commodité des manipulations. Ce bandage doit avoir trente centimètres de haut et de soixante centimètres à un mètre de long. On déroule le bandage, on couche le patient dessus et l'on enlève la feuille isolante qui recouvre le sparadrap. Le bandage doit être disposé de telle façon que son bord inférieur soit de niveau avec les têtes fémorales. On fend ensuite ses extrémités libres jusqu'au dos exclus, ce qui le transforme en un bandage à quatre chefs que l'on ramène de chaque côté du ventre. Le malade est ainsi emprisonné dans une sorte d'appareil inamovible mais souple, et Boldt estime, non sans raison, que son emploi constitue la principale garantie de sa manière de faire car, sans le bandage, on exposerait l'opéré à des ruptures de la

cicatrice. Il est possible qu'au début les patients se plaignent d'un peu de gêne, mais cette sensation disparaît rapidement.

On peut permettre aux malades ainsi équipés de se lever à l'heure et au jour qu'il leur plaît. Généralement ils ne désirent guère quitter le lit avant le troisième ou le quatrième jour, toutefois, quand les troubles post-anesthésiques sont peu prononcés, Boldt ne craint pas de les faire lever au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures et de les faire asseoir dans un fauteuil confortable. « Après des hystérectomies totales pour suppuration pelviennes, des extirpations de tumeurs ovariennes, faites dans la matinée, il m'est arrivé, écrit Boldt, d'avoir mes malades assises dans un fauteuil le soir même de l'intervention, bien qu'un peu tard. Tout dépend de l'état général avant l'opération et des effets de l'anesthésie. »

Dès le premier ou le second jour, on aide les opérés à faire quelques pas et au quatrième ou cinquième jour, les séances de station debout durent déjà de trois quarts d'heure à deux heures. Pendant tout le temps de la convalescence, on surveille étroitement le bandage: si l'appareil ne peut plus continuer à jouer son rôle de soutien on le remplace par un nouveau. Les patients quittent la clinique ou l'hôpital vers le huitième ou le dixième jour et au bout de quatre semaines on les débarrasse définitivement de leur appareil. Quant aux opérées par voie vaginale, elles n'ont besoin d'aucun bandage; pour les autoriser à se lever, il suffit que les culs-de-sac du vagin aient pu être clos; un petit drainage par une simple mèche de gaze n'est

pourtant pas une contre-indication. Cette catégorie de patientes peut ainsi bénéficier d'un lever très précoce, dès le premier ou le second jour.

Ainsi, en ce qui concerne la laparotomie, la méthode de Boldt est un véritable traitement ambulatoire, car l'auteur n'admet le lever précoce que sous la condition d'un bandage jouant le rôle d'appareil prothétique, ou mieux, d'une paroi abdominale artificielle. D'ailleurs Boldt est tellement persuadé des avantages de la station debout que, chez ceux de ses opérés qu'une contre-indication empêche de se promener, il élève la tête du lit.

Cette méthode n'a pas manqué de soulever des objections même dans le Nouveau-Monde et parmi les opposants, on peut compter MM. Fœrster, Noble, Reder, en Amérique, et Tusz-Kai en Hongrie. Leurs objections exposées un peu partout, trouvèrent un écho au dernier congrès international de Budapest, où M. Kümmel (1) présenta, sur la question du lever précoce des laparotomisés, un rapport que nous croyons utile de reproduire ici : « Il n'est possible, dit M. Kümmel, de laisser les opérés se lever de bonne heure après laparotomie que si certaines conditions sont remplies. Il faut que la narcose ait été rapide, avec une perte de sang aussi petite que possible, que la plaie rigoureusement aseptique se soit réunie par première intention et que la suture soit solide. »

Depuis le commencement de 1908, l'auteur a laissé les malades se lever, d'abord pour plus de prudence, au cin-

(1) In Presse Médicale, 2 octobre 1909.

quième ou sixième jour après l'opération, puis très tôt, au deuxième ou premier jour. L'effet en a été favorable en général. Excepté une sensation de picotement au niveau de la cicatrice, chose difficile à éviter les premiers jours, il n'y eut pour ainsi dire pas de sensations désagréables.

Le plus grand avantage de cette méthode c'est d'éviter, ou tout au moins, de faire disparaître rapidement les troubles autrefois si tenaces et parfois inquiétants des fonctions intestinales.

La respiration est plus libre, plus facile. Le danger des bronchites, des broncho-pneumonies, si important surtout chez les gens âgés, se trouve diminué d'autant. Les malades peuvent rester au grand air et l'appétit se relève bientôt, permettant une riche alimentation.

C'est en cherchant à diminuer le nombre des thromboses et des embolies post-opératoires que M. Kümmel a été amené à lever ses malades peu de temps après l'opération. Sur 1210 laparotomies faites en 1906 et 1907, douze malades moururent d'embolies pulmonaires, c'est-à-dire une moyenne de 10 pour 1.000. En 1908 et 1909, où les malades se sont levés tôt, cette proportion est tombée à 1,9. Un seul malade est mort d'embolie. En général, M. Kümmel procède ainsi: le jour consécutif à l'opération, quand les opérés ont absorbé leur premier liquide, qu'ils se sont un peu remontés, on les fait asseoir plusieurs fois, droits sur leur lit. Immédiatement après l'opération, l'auteur permet déjà à ses malades des mouvements variés. Quant aux malades résolus qui le peuvent et qui le veulent, et ceux-ci sont déjà la majorité, il leur est permis de se lever un peu dès

le premier jour, de s'asseoir sur un siège; beaucoup font aussi des essais de marche.

Le deuxième jour, au plus tard le troisième, Kümmel recommande à tous ses opérés de quitter le lit. Il y joint de prudents essais de marche qui sont de plus en plus nombreux et prolongés. Tout cela varie naturellement avec chaque individu et les progrès sont plus ou moins rapides. Quelques opérés de hernie sont allés se promener au jardin dès le troisième jour sans avoir l'aspect de convalescents. Les opérés de laparotomie, quand le temps le permettait, sont sortis dès le cinquième jour, quelques-uns ont quitté la clinique dès le septième ou huitième jour. Quelques malades, des femmes, des individus très fatigués, que l'on voulait aussi faire lever de bonne heure, ont éprouvé des vertiges ou de fortes douleurs au niveau de leur cicatrice. En dehors de quelques cas qui sont du reste relativement rares, tous les laparotomisés que Kümmel a surtout étudiés ont été levés de bonne heure suivant cette méthode.

Un autre chirurgien, M. James Vance (1) (d'El Paso) attira, lui aussi, il y a quelques années, l'attention sur la durée du séjour au lit des laparotomisés. Sa méthode, moins générale que celle de Boldt ou de Riès, puisqu'elle ne s'applique pas aux laparotomies complexes et graves ni aux sujets très anémiés ou déjà affaiblis par la longueur de leur maldie, sa méthode, disons-nous, repose à peu près sur les mêmes principes et aboutit aux mêmes bons effets.

(1) Vance. In Semaine Médicale, 1907.

Vance a montré à quelle date très précoce l'on peut, dans les cas favorables, faire sortir les opérés du lit et les cas qu'il relate se rapportent surtout à des opérations d'appendicite à froid. Huit heures après l'opération, on laisse lever le sujet pour uriner; dès le second jour, on lui permet de s'asseoir sur une chaise et même de faire quelques pas, s'il le désire: chaque jour on recommence, l'opéré reste assis ou marche un peu; en somme, tout alitement proprement dit est supprimé. Une précaution indispensable, pour que cette façon de faire soit innocente, c'est, comme chez Boldt, l'application d'un large et solide pansement bien serré, bien ajusté, bien surveillé; la rupture de la paroi est, en effet, le danger à craindre mais, sous la réserve indiquée, Vance n'a point vu survenir d'accidents et ses opérés, qui n'ont nullement gardé le lit, ont eu de bonnes cicatrices.

Chez les vieillards, pareille méthode est tout particulièrement recommandable et Vance cite plusieurs observations dans lesquelles cette absence d'alitement a pu être une condition de survie. Une d'elles est particulièrement intéressante: il s'agit d'une femme de soixante-dix ans qu'on avait opérée d'un gros kyste de l'ovaire; reportée dans son lit, elle fut maintenue le tronc relevé par des coussins; le lendemain assise dans son lit, le troisième jour elle rentra chez elle, le dixième on fit le pansement et on trouva une réunion complète.

Ces faits ne sont pas isolés, en 1907 un autre chirurgien américain, M. Brothers (1), publiait une statistique d'un

(1) La Semaine Médicale, 1907.

millier de laparotomies environ, auxquelles il avait appliqué la nouvelle méthode et voici quelles étaient ses conclusions :

« Les avantages de cette pratique consistent à éviter la plupart des troubles post-opératoires, tels que vomissements, météorisme abdominal, irritation bronchique par rétention des sécrétions dans les voies respiratoires, etc.. On lui a reproché d'augmenter, pour les opérés, les risques de thrombose et d'embolie, mais cette objection est loin d'être justifiée par les faits puisque, d'après mon expérience, la mobilisation précoce tend plutôt à réduire le danger en question. Elle agit, d'autre part, d'une manière très favorable, sur le moral des patients et diminue considérablement la tendance aux troubles psychiques et l'état de dépression mentale qui se manifestent souvent à la suite des grandes interventions gynécologiques. Elle permet, de plus, d'éviter l'atrophie musculaire et assure, en somme, une convalescence plus régulière et une guérison plus rapide. »

Malgré ces avantages, M. Brothers estimait que la mobilisation précoce est contre-indiquée en cas de shock ou de collapsus avant, pendant et après l'opération, ainsi que chez les malades âgées, débilitées ou atteintes d'une lésion organique du cœur, des reins ou des vaisseaux.

Nous venons de voir avec quelle généralisation la méthode de Boldt et de Riès avait été expérimentée et étudiée en Amérique. Les nombreux avantages que les auteurs en avaient retirés et que nous verrons dans la suite avaient frappé les gynécologues et, en 1906, la question était re-

prise pour les accouchées par Krônig qui, depuis, n'a cessé de la préconiser. C'est surtout en Allemagne que le lever précoce des accouchées a été mis en pratique et nous allons passer en revue les nombreux accoucheurs qui l'ont étudié.

DU LEVER PRÉCOCE DES ACCOUCHÉES

EN ALLEMAGNE

Bien que les accoucheurs modernes aient singulièrement simplifié l'hygiène des femmes en couches, il y a encore des médecins qui traitent leurs accouchées comme des malades. Nous avons retrouvé dans toute l'Europe civilisée un long séjour au lit après la délivrance. De cet usage, les misérables seules se sont toujours affranchies par nécessité. Quant aux riches, elles y sont de plus en plus fidèles et même elles ont une tendance à accroître la durée de ce repos. A Paris et dans les grandes villes, elle va jusqu'à vingt-et-un jours. « Souvent même, dit M. Bonnaire, la jeune mère, tout heureuse de son désœuvrement et des visites qu'elle reçoit, ne veut plus quitter son lit, d'autant plus qu'elle croit mériter ainsi à la fois les éloges de son entourage et de son médecin. Dans bien des cas, il faut, aujourd'hui, les objurgations les plus pressantes de l'accoucheur pour décider les accouchées à poser enfin un pied par terre au bout d'un mois et quelquefois davantage. »

C'est une grosse erreur que d'agir ainsi. La parturition n'étant pas une maladie mais un acte purement physiolo-

gique et la puerpéralité n'étant qu'un simple prédisposition qui exige des soins et des précautions, mais dans une juste mesure, l'excès de précautions est, à notre avis, aussi nuisible à la santé de la nouvelle accouchée que l'absence de tous soins. Ne croyons pas, en effet, que la femme qui se lève si tard soit plus et mieux remise que celle qui se lève plus tôt : au contraire, elle est plus faible et beaucoup plus lente à reprendre la vie commune.

Frappés des bons résultats qu'avaient obtenus les chirurgiens, les accoucheurs, comme nous l'avons déjà dit, voulurent appliquer la méthode du traitement ambulatoire à leurs malades. C'est en Allemagne que nous retrouvons les premiers essais : en effet, dès 1896, Wild recommandait à ses accouchées des exercices de gymnastique dans le genre de la méthode de Thure-Brandt (flexion lente de la tête et du corps, les bras croisés sur la poitrine, etc.) dans le but de faire fonctionner les muscles de la paroi abdominale. Il allait même plus loin, car, au bout du cinquième jour, il conseillait à ses clientes d'exécuter quotidiennement une sorte de danse du ventre dans leur lit. Dans le même but, c'est-à-dire pour obtenir des contractions énergiques et fréquentes des muscles abdominaux, Stratz recommandait des frictions à l'alcool. Mais c'est à Küstner (1) que revient le mérite d'avoir le premier érigé cette façon de procéder en méthode thérapeutique. En 1898, en effet, il produisit une statistique portant sur 1000 femmes accouchées du mois d'avril 1894 au mois de jan-

(1) Küstner. — In Zeitschrift. für Geburtshülfe und Gynäkologie 1898 t. XVII, n° 23.

vier 1896 à la clinique gynécologique de Breslau. Sur ce nombre, 600 s'étaient levées de très bonne heure, quelques-unes dès le second jour après l'accouchement. Bien entendu pour les femmes chez lesquelles il y avait crainte d'infection, chez lesquelles était survenue une déchirure du périnée ou une contusion violente des parties génitales, pour celles qui étaient atteintes de varices, de lésions cardiaques, l'interdiction de se lever de bonne heure était restée formelle. Or, Küstner montrait que les femmes levées tôt avaient eu de meilleures suites de couches que celles qui s'étaient levées plus tard, toutes choses égales d'ailleurs. Elles avaient été surveillées de près car le plus grand danger que pût faire courir le lever précoce étant, d'après Küstner une infection latente, il était utile de suivre très régulièrement les températures journalières.

Chez les femmes ainsi levées de bonne heure, les lypothimies, les vertiges avaient été exceptionnels, tandis que ces accidents étaient de règle chez les femmes qui étaient restées au lit jusqu'au douzième jour. D'autre part, disait Küstner, les femmes qui s'étaient levées très tôt faisaient, quand elles quittaient la clinique, l'impression d'un rétablissement plus complet que celles qui n'avaient quitté le lit qu'un ou deux jours avant leur sortie.

Ce lever précoce avait eu aussi la plus heureuse influence sur les évacuations alvines des accouchées, les garde-robes spontanées avaient eu lieu d'autant plus tôt que le lever avait été plus précoce. On n'avait observé aucune influence fâcheuse sur la situation de l'utérus, des examens

de contrôle pratiqués ultérieurement n'avaient fait constater qu'un seul cas de rétroflexion. L'involution utérine s'était bien faite et les lochies avaient été peu abondantes. Cette manière de traiter les suites de couches n'était nullement cause de prolapsus utérins, Küstner n'avait jamais constaté non plus d'embolies, toutefois, pour éviter que la paroi abdominale ne soit trop relâchée, on faisait porter une forte ceinture ventrale.

Un autre auteur allemand, Hegar (1), avait parallèlement à Küstner expérimenté la méthode nouvelle, et dès 1906, il déclarait que dès le deuxième jour les femmes peuvent se coucher sur le côté et plier les jambes. Il conseillait également les mouvements passifs. Avant d'ordonner le lever, on devait, d'après lui, permettre à la femme de se redresser peu à peu et de plus en plus dans son lit en la soutenant à l'aide d'oreillers. L'importance de ces mouvements était grande pour Hegar : il les ordonnait peu à peu de façon que, succédant au décubitus dorsal, le relèvement de la partie supérieure du corps jusqu'à la station assise se fasse au début avec le secours des mains et plus tard sans leur intervention. De cette façon on pouvait graduellement tenir les femmes demi-assises dans leur lit, puis franchement assises et leur permettre une occupation manuelle. Dès le troisième ou quatrième jour, il était possible de faire leur lit et de leur laisser mettre pied à terre.

Il en était de même chez Krönig (de Fribourg), un des plus chauds partisans du lever précoce. Nous connaissons sa pratique par un travail de Gauss et par un mémoire de

(1) Hegar. — In Deutsche Médiz. Woche. 1906 22 nov.

lui en 1908. Sur 417 femmes qui s'étaient levées du premier au cinquième jour, Krönig avait eu 7 0/0 de fièvre. Sur 536 levées après le sixième jour, 14 0/0, d'où il en tirait cette conclusion que le lever tardif est moins favorable. Le premier jour, ses malades restaient levées une heure, le deuxième jour une heure le matin, une heure le soir avec quelques tours de marche. Après le repas, elles restaient deux heures au lit. Krönig ne voyait guère de contre-indications à cette méthode; les menaces d'infection même, loin d'en être une, étaient au contraire pour lui une indication puissante; les hémorragies sérieuses non plus, mais à vrai dire nous pouvons mettre un peu en doute ces résultats. La statistique de Krönig prête légèrement à la discussion. En effet, d'après le mémoire de Gauss, sur mille accouchées soumises à ce régime, il y aurait eu dix morts: cinq anémies aiguës, deux éclampsies, trois septicémies aiguës et ces faits ne se trouvent pas relatés dans le mémoire de Krönig! Si nous acceptions les chiffres de ce dernier, nous pourions nous demander si, malgré sa confiance, les femmes levées après le sixième jour et qui ont présenté une mortalité élevée, n'étaient pas des femmes un peu malades, d'où la morbidité plus grande.

Quoiqu'il en soit, l'exemple de Krönig a été suivi et tandis que Bumm de Berlin permet à ses malades de se lever fréquemment le deuxième jour, mais avec prudence, en les laissant assises dans un fauteuil et pendant peu de temps, Alvensleben, de Kiel, et Meyer, de Marbourg, nous communiquent leurs statistiques plus détaillées, l'un en 1908, l'autre en 1909.

Alvensleben (1), assistant du professeur Pfannenstiel (de Kiel), apporte une statistique de 100 cas où les accouchées ont pu, sans le moindre inconvénient, quitter le lit du premier au quatrième jour après leur accouchement.

Cette pratique lui aurait donné des résultats excellents que nous allons signaler dans un instant.

Il va de soi qu'à la clinique du professeur Pfannenstiel le lever précoce n'était pas indistinctement appliqué à toutes les accouchées et qu'il était en quelque sorte préparé et entouré de précautions qui en ont assuré le succès.

Au commencement, le lever précoce n'a été pratiqué que chez les primipares qui avaient accouché spontanément. Plus tard, cette pratique a été étendue aux multipares, puis aux femmes chez lesquelles l'accouchement avait nécessité le forceps ou la version, même à celles qui avaient présenté une hémorragie appréciable. Seules les femmes présentant des infections gonococciques ou septiques, des déchirures étendues du périnée ou encore celles dont l'accouchement avait été particulièrement laborieux étaient tenues de garder le lit. A toutes les autres, si elles ne donnaient pas une impression de faiblesse, on proposait de se lever dès le lendemain de l'accouchement. La préparation à ce lever, quand il était accepté par la femme, se faisait de la façon suivante: le jour même de l'accouchement, on engageait l'accouchée à contracter aussi fortement que possible sa paroi abdominale une dizaine de fois de suite et à répéter cet exercice une dizaine de fois dans la journée. Elle avait ensuite à s'asseoir dans son lit, d'abord ai-

(1) Presse Médicale 1908 19 septembre.

dée par une infirmière, ensuite toute seule. Un autre exercice qu'on lui indiquait, consistait à exécuter, restant couchée sur le dos, des mouvements de rotation en dedans avec ses membres inférieurs étendus et écartés.

Lorsque le lendemain ou le surlendemain, l'accouchée quittait le lit pour la première fois, on l'asseyait dans une chaise longue sur laquelle elle restait une demi-heure ou une heure. Elle regagnait ensuite son lit après avoir fait quelques pas dans sa chambre. Le second jour il y avait deux séances de chaise-longue, chacune d'une heure et chaque fois avant de se recoucher, la femme faisait le tour de sa chambre. Les jours suivants, on augmentait progressivement le temps qu'elle passait hors de son lit si bien qu'au cinquième jour ce temps arrivait à être de six heures environ.

Après chaque repas, un séjour de deux à trois heures au lit était de rigueur. Ajoutons que lorsque la femme quittait le lit, on avait soin de lui serrer le ventre dans une ceinture de anelle à laquelle, au moyen d'une bande, on attachait une compresse appliquée contre la vulve et destinée à recevoir les sécrétions lochiales. Grâce à ces précautions, sur les cent femmes de la statistique de M. Alversleben, trois ont pu se lever le premier jour après leur accouchement, soixante et une au second, dix-neuf au troisième, dix-huit au quatrième. Dans six cas on a été obligé, au bout d'un ou plusieurs jours, de renoncer au lever précoce: trois fois en raison de la fatigue, une fois à cause de l'hémorragie, une fois du fait de vertiges et de l'irrégularité du pouls (chez une femme atteinte de myo-

cardite), une fois à cause des douleurs sur le trajet de veines variqueuses anciennes. Toutefois ces six femmes n'ont pas présenté d'autres accidents et ont pu quitter l'hôpital entre le onzième et le dix-neuvième jour après l'accouchement.

L'état général et l'état local ont été, d'après M. Alvensleben remarquablement influencés chez les femmes qui ont été soumises à la pratique du lever précoce.

Chez dix seulement, on a noté de la fièvre qui n'a jamais dépassé 39°4, n'a jamais duré plus de un à trois jours et qui semblait se rattacher sept fois à la fétidité des lochies compliquée deux fois de cystite ancienne; dans deux cas le mouvement fébrile s'expliquait par des phénomènes peu graves de mastite, dans un cas par une angine.

Ces dix femmes ont guéri dans l'espace de 13 à 24 jours. Chez toutes les autres, l'état général ne laissait rien à désirer. L'appétit était excellent, la digestion s'effectuait normalement et sauf chez quelques-unes, le gros intestin se vidait spontanément. Après six ou huit jours, l'aspect de ces femmes était tel, qu'on n'aurait jamais dit qu'elles se trouvaient dans la première semaine de leurs suites de couches.

Mais le point sur lequel M. Alvensleben insiste d'une façon particulière, c'est l'influence que le lever précoce exerçait sur l'involution utérine. Pendant les premiers jours les lochies étaient naturellement plus abondantes, ce qui s'explique d'ailleurs par les meilleures conditions d'écoulement. Mais les jours suivants, les sécrétions di-

minuaient rapidement, perdaient bientôt leur aspect sanguinolent et au dixième jour, quand les femmes quittaient l'hôpital, il n'existait plus qu'un très léger suintement.

A ce moment si on pratiquait le toucher, on constatait que l'utérus à peine gros comme le poing et fortement rétracté, se trouvait très fortement en antéversion. Cette position, constatée chez 84 femmes (sur 100 dont se composait la statistique de M. Alvensleben) était due manifestement au lever précoce, à la station debout, qui fait que le corps de l'utérus, encore gros et souple, tombe en avant et fait son involution dans cette situation physiologique.

De plus, d'après M. Alvensleben, le corps de l'utérus tombant en avant, faisait remonter en haut et en arrière le col et l'ascension de celui-ci avait pour conséquence de tendre et d'attirer en arrière le vagin. Aussi, quand l'antéversion était fortement accentuée, constatait-on au toucher que le vagin tendait à prendre une direction parallèle au plan du détroit inférieur. Or on conçoit que cette disposition permet au vagin de résister à la pression des viscères abdominaux et le met en partie, à l'abri du prolapsus.

Aussi trouvons-nous en Alvensleben un des partisans les plus résolus du lever précoce tel que nous venons de le décrire et à la condition expresse que la femme qui se lève ne reprenne pas aussitôt son travail de ménage.

Un an plus tard, Méyer (1), professeur de gynécologie à l'Université de Marbourg, publiait les résultats qu'il

(1) In Münchener medizinische Wochenschrift 1909 t. LVI.

avait obtenus par la pratique du lever précoce appliqué systématiquement au cours de l'année 1908 à toutes les nouvelles accouchées de sa clinique.

Cette méthode n'était naturellement pas imposée à toutes les femmes; ce n'est que sur leur propre désir qu'on les autorisait à se lever et aucune des malades d'ailleurs ne manifesta ce désir avant le troisième jour. Sur 300 accouchées, trois seulement demandèrent ainsi à se lever au troisième jour, quarante attendirent le quatrième, cent trente-sept le cinquième, quatre vingt-quatre le sixième et trente-cinq le septième; sur ce nombre il y avait cent cinquante trois primipares et cent quarante-sept multipares. En ce qui concerne l'influence du lever précoce sur l'involution utérine, dans aucun cas cette influence ne se manifesta dans un sens défavorable. De même jamais Meyer ne vit apparaître de déplacement utérin notable qui put être attribué avec quelque vraisemblance à un lever trop précoce. Chez 288 femmes, il constata, à l'examen de sortie, une antéversion-flexion bien nette et chez douze seulement une rétroversion-flexion. L'involution utérine s'était faite d'une façon normale chez toutes ces femmes.

Les lochies au dixième jour, n'étaient plus que faiblement teintées de sang chez trente-neuf femmes. Chez aucune d'elles on n'observa un relâchement de la paroi abdominale plus marqué que d'habitude. Vingt-sept seulement eurent des suites de couches fébriles. Sur ce nombre, onze seulement présentèrent des élévations de température pouvant avec quelque raison être attribuées di-

rectement au lever précoce, encore huit d'entre elles n'eurent-elles qu'une seule poussée au-dessus de 38° et quant aux autres la période fébrile fut de courte durée. Il est probable, dit Meyer, que dans ces cas la fièvre reconnaissait pour cause une rétention des lochies favorisée par le lever précoce, la station debout provoquant une antéflexion exagérée de l'utérus puerpéral, d'où un obstacle au libre écoulement des lochies. Il convient d'ailleurs d'ajouter, dit-il, que l'alitement maintenu dans les limites classiques de dix jours ne met pas davantage à l'abri de cette complication du reste peu grave et dans laquelle il ne faudrait pas voir une contre-indication du lever précoce.

D'autre part, dit Meyer, il est remarquable de noter que la morbidité générale des accouchées soumises au lever précoce n'a été que de 9 0/00 alors que, pendant l'année 1907, avec l'alitement classique de dix jours, elle s'était élevée à 21,4 pour 1000, que d'autre part chez aucune des 300 accouchées de la première catégorie, on a observé de thrombose ou d'embolie alors que cette complication se trouve signalée chez 1,5 pour 100 des accouchées de la deuxième catégorie. Enfin le lever précoce semble avoir favorisé dans des proportions notables la fonction de lactation, car alors qu'en 1907, 63 pour 100 seulement des accouchées (toutes soumises à l'alitement classique) ont pu nourrir elles-mêmes leur enfant, cette proportion s'est élevée à 95 pour 100 en 1908 avec la pratique du lever précoce.

Par contre le nombre des mastites puerpérales s'est accru du double pendant cette dernière période (2, 7 pour 100 contre 1,9 en 1907.)

Enfin comme Alvensleben, Meyer signale qu'au moment de leur sortie de la clinique, les femmes qui s'étaient levées très tôt après leur accouchement étaient d'une façon générale plus fortes et présentaient un aspect plus florissant que celles qui étaient restées alitées plus ou moins longtemps. De tous ces faits et aussi de ses impressions personnelles, l'auteur conclut que tout au moins pour les femmes de la classe riche et de la classe moyenne, le lever précoce après l'accouchement constitue une excellente pratique qui ne peut que hâter le retour à l'état de santé normale. Au contraire pour les femmes de la classe ouvrière l'alitement un peu plus prolongé lui parait préférable.

Ces conclusions des auteurs allemands ne doivent pas nous surprendre, car en Allemagne la pratique du lever précoce semble avoir toujours été acceptée tout au moins dans certains milieux. Ainsi en 1842, au cours d'un voyage en Allemagne, M. Bouchacourt, fut frappé de ce fait qu'à Prague « les femmes accouchées restaient sept jours dans la Maternité, au bout de ce temps, on les renvoyait à moins qu'elles ne consentissent à payer douze florins ». Il était dans l'ordre naturel des choses que, dès qu'on voulut ériger ce lever précoce en méthode thérapeutique en se basant sur des notions scientifiques, ce fut en Allemagne qu'on l'expérimentât.

Malgré les bons résultats obtenus par Küstner et ses collègues, il fallut un temps très long, pour que timidement quelques cliniciens commençassent l'expérimentation de la méthode nouvelle.

En France, un des premiers, fut M. Desplats (de Lille)

qui, depuis trente ans, autorisait ses clientes à quitter le lit peu de jours après l'accouchement. En 1899 il lut un travail important sur ce sujet, à la Société des Sciences médicales de Lille, dans lequel il n'hésita pas à affirmer que « le long repos auquel on condamne les accouchées est irrationnel et souvent nuisible ». Depuis, M. Desplats n'a cessé d'appliquer cette méthode et s'en est toujours bien trouvé.

Un autre accoucheur, M. Fochier (de Lyon), en 1899, enseignait aussi que, à l'hôpital, quatre ou cinq jours de lit étaient suffisants et que, en ville, en l'absence de tout incident, on pouvait autoriser le lever au bout d'une semaine.

Thiroux, dans sa thèse, donne le résultat d'une enquête faite par M. Napias, dans les Maternités des principales villes de France pendant les années 1885, 86 et 87 et nous constatons que sur 18.732 femmes qui avaient accouché dans les services hospitaliers, 10.405 étaient sorties avant le neuvième jour, ce qui donne un pourcentage de 55,5 de levers précoces appliqués ainsi d'une façon inconsciente mais non moins réelle.

RECHERCHES PERSONNELLES

A l'heure actuelle, les essais tentés par un nombre déjà considérable de maternités étrangères, semblant avoir été couronnés de succès, nous nous sommes crus autorisés à en-

treprendre nous-même quelques recherches sur ce sujet. Notre observation a porté sur 400 femmes accouchées à la Clinique Tarnier pendant l'année 1909-1910 et que nous avons autorisées à se lever dès qu'elles en ont manifesté le désir.

Nous devons dire, dès maintenant, qu'aucune ne nous a demandé cette permission avant le troisième jour et les 400 femmes que nous avons observées se sont levées :

24 le troisième jour
56 le quatrième
70 le cinquième
120 le sixième
82 le septième
48 le huitième

Voici quelle a été notre façon de procéder :

Le premier jour du lever la femme restait assise une demi-heure sur une chaise ou un fauteuil, le deuxième jour une heure environ et faisait quelques pas dans la salle, le troisième cinq à six heures avec promenade dans les couloirs, et à partir du quatrième, liberté absolue.

Nous autorisions les femmes à faire dans leur lit et dès le premier jour après l'accouchement tous les mouvements qu'elles voulaient ; quand elles se levaient, nous leur appliquions un bandage abdominal puissant formé d'ouate, bandes de flanelle et sous-cuisses, mais nous n'avons jamais permis le lever précoce quand la malade avait eu des hémorragies ou un placenta prœvia, quand elle avait subi

une intervention ou quand elle présentait la moindre menace ou le plus léger symptôme d'infection.

Nous consignons, dans les tableaux ci-dessous, les résultats de nos observations.

TROISIÈME JOUR

24 femmes — primipares 9 — multipares 15

Age — moins de 20 ans 2 primipares — de 20 à 30 7 primipares 13 multipares — plus de 30 2 multipares

Elévation de températ. — moins de 37,5 - 20 — moins de 38 - 1 cystite ancienne — plus de 38 - 1

Accélération du pouls. — de 80 à 90 — 18 — de 90 à 100 — 1

Obligation de se recoucher et d'interrompre le lever — 11 — 8 vertiges, 1 frissons, 2 douleurs varices

Fatigue les jours suivants 19

Lochies perdues pendant le lever — 22 le premier jour, 17 le deuxième, 8 le troisième

Involution utérine	retardée	9	hauteur utérine sus-pubienne au 10e jour		8	2	
					7,5	chez	5
					7		2
	avancée	5	—	—	5	chez	1
					5,5		4
	normale	10	—	—	6	chez	1
					6,5		7

Régression des varices : normale

Antéflexion exagérée : 2 Antéversion normale : 21

Prolapsus 1 datant de la grossesse précédente.

Crainte de phlébite 1

Lochies odorants ou sanguines de longue durée : 2

Fonctions intestinales : heureusement influencées chez toutes.

Fonctions vésicales : Aucune n'a eu besoin d'être sondée.

QUATRIÈME JOUR

56 femmes : primipares 25, multipares 31

Age : moins de 20 ans : 7 primipares, 1 multipare ; de 20 à 30 : 17 primipares, 22 multipares ; de 30 à 40 : 8 multipares, 1 primipare

Elévation de température : moins de 37,5 — 33 ; moins de 38 — 5 ; plus de 38 — 3

Accélération du pouls : de 80 à 90 — 36 ; de 90 à 100 — 10 ; de 100 et plus — 5

Obligation de se coucher et d'interrompre le lever : 33 — 8 palpitation, 22 fatigue — vertiges, 3 sortie de qq caillots

Fatigue les jours suivants 45

Lochies perdues pendant le lever : 49 le premier jour, 38 le deuxième jour, 30 le troisième jour

Involution utérine :

retardée 24 — hauteur utérine sus-pubienne au 10e jour : 9 — 5 ; 8,5 — 9 ; 8 — 6 ; 7,5 — 1 ; 7 — 3

avancée 4 : 5,5 — 2 ; 5 — 2

normale 28 : 6,5 — 21 ; 6 — 7

Regression des varices: peu marquée chez 9 normale chez 11

Rétroflexion utérine 2 constatées au départ

Antéflexion exagérée 4 Antéversion normale 48

Prolapsus 2 chez des multipares — l'un après un forceps, l'autre après la 5e grossesse

Crainte de phlébite 2

Crainte d'accidents péritonéaires 1

Lochies odorantes ou sanguines de longue durée : 1

Fonctions intestinales : bonne influence du lever.

Fonctions versicales :

Etat de la femme à son départ — Beaucoup (84) sont restées plus que la normale à la clinique.

CINQUIÈME JOUR

70 femmes : primipares 22 ; multipares 48

Age : moins de 20 ans — 5 primipares ; de 20 à 30 — 17 primipares — 36 multipares ; plus de 30 — 12 multipares

Elévation de température : moins de 37,5 — 38 ; moins de 38 — 9 ; plus de 38 — 1 lymphargite du sein, 2 douleurs au mollet, 3 phigénéraux périton.

Accélération du pouls : de 80 à 90 — 40 ; de 90 à 100 — 21 ; plus de 100 — 4

Obligation de se recoucher pour vertiges, malaise général 9

Cephalées ou fatigue les jours suivants 32

Lochies perdues pendant le lever : 62 pendant le premier jour du lever ; 48 le deuxième ; 26 le troisième

		hauteur utérine sus-pubienne au 10e jour	9	2
			8	1
Involution	retardée		7,5	4
			7	6
utérine	avancée	27	7,5	21
			5	6
	sensiblement normale	30	6,5	13
			6	17

Rétroflexion utérine : 2

Antéflexion exagérée : 9 Antéversion normale : 58

Prolapsus : 1

Varices : sensiblement diminuées dès les premiers jours.

Crainte de phlébite : 2

Crainte d'accidents péritonéaux : 3

Lochies abondantes ou sanguines de longue durée : 2

Fonctions intestinales : régulières

Fonction vésicale : 2 ont été sondées le lendemain et le surlendemain de l'accouchement. Après le lever : fonction normale.

Etat de la femme à son départ : Assez bon en général. Chéz qq unes : besoin ultérieur de repos. Pour 6 séjour plus prolongé à la clinique

SIXIÈME JOUR

120 femmes — primipares 54. multipares 66.

Age — moins de 20 ans — 21 primipares.
de 20 à 30 ans — 33 primipares — 54 multipares.
plus de 30 ans — 12 multipares.

Elévation de température — moins de 37,5 — 33
moins de 38 — 4 — 1 lymphangite du sein. 2 crainte de phlébite. 1 cr. de réact. périton.
plus de 38 — 1

Etat du pouls — accéléré — de 80 à 90 — 26. de 90 à 100 — 8. plus de 100 — 2.
normal 84

Obligation de se recoucher pour vertiges, malaise général, 5.

Céphalée ou fatigue des jours suivants, 9.

Lochies perdues pendant le lever — 94 le 1er jour du lever. 72 le 2e jour du lever. 55 le 3e jour du lever.

Involution utérine — retardée 6 — hauteur utérine sus-pubienne au 10e jour — 9 — 1, 8,5 — 4, 8 — 1
favorisée 88 — — — 5,5 — 69, 5 — 19
normale 26 — — — 6,5 — 21, 6 — 5

Régression des varices : rapide chez 45 lente chez 6.

Rétroflexion utérine : 3.

Antiflexion exagérée : 7 Antéversion normale : 110.

Crainte de phlébite : 2.

Crainte d'accidents péritonéaux : 1.

Lochies odorants ou sanguins de longue durée : 3.

Fonctions intestinales : Régulières.

Fonctions urinaires : 7 ont été sondées avant le lever. Aucune depuis.

Etat de la femme à son départ — Excellent en général. Quelques unes fatiguées.

SEPTIÈME JOUR

82 femmes primipares 37
multipares 45

Age moins de 20 ans — 11 primipares
de 20 à 30 ans — 26 primipares — 38 multipares
plus de 30 ans — 7 multipares

Elévation de température moins de 37,5 — 15
moins de 38 — 2 1 angine
plus de 38

Etat de pouls accéléré de 80 à 90 — 9
de 90 à 100 — 1
plus de 100
normal 72

Obligation de se recoucher et d'interrompre le lever 1

Fatigue les jours suivants 6

Lochies perdues 64 le premier jour du lever
41 le deuxième
pendant le lever 37 le troisième

Involution utérine

retardée 3 — hauteur utérine sus pubienne au 10e jour : 9 — 1 ; 8,5 — 1 ; 8 — 0 ; 8,5 - 1

favorisée 34 : 5,5 — 21 ; 5 — 13

normale 45 : 6,5 — 34 ; 6 — 11

Regression de varices : rapide chez toutes les femmes

Rétroflexion utérine : 1

Antiflexion exagérée : 1 Antéversion normale 79

Prolapsus : 1 chez une femme revue dans le service plus tard

Lonctions intestinale : influeucées favorablement après le lever.

Fonction vésicale : aucune n'a été sondée.

Etat de la femme à son départ : femmes se disent solides,

HUITIÈME JOUR

48 femmes — primipares 13. multipares 33.

Age — moins de 20 ans — 3 primipares. de 20 à 30 ans — 10 primipares — 29 multipares. plus de 30 ans — 6 multipares.

Elévation de température — moins de 37,5 — 7. moins de 38 — 1. plus de 38 — 1.

Etat du pouls — accéléré — de 80 à 90 — 5. de 90 à 100 — 2. plus de 100 — 2. normal 41

Fatigue les jours suivants : 2.

Lochies perdues pendant le lever — 27 le 1er jour du lever. 14 le 2e jour du lever. 6 le 3e jour du lever.

Involution utérine	retardée —	hauteur utérine sus-pubienne au 10e jour		9 — 8,5 — 8 —
	favorisée 9	—	—	5,5 — 7 5 — 2
	normale 39	—	—	6,5 — 26 6 — 13

Régression des varices : normales chez toutes.

Rétroflexion utérine : —

Antiflexion exagérée : —

Prolapsus : —

Crainte de phlébite : —

Crainte d'accidents péritonéaux : 1 phénomènes légers disparus rapidement.

Lochies odorants ou sanguins de longue durée : —

Fonctions intestinales : régulières et normales.

Fonction vésicale : —

Etat de la femme à son départ : bon.

L'étude comparée de ces tableaux nous montre l'heureuse influence du lever précoce sur les fonctions intestinales, la facilité avec laquelle s'opèrent le drainage de la cavité utérine et la régression des varices. Par contre, nous remarquons la fatigue, les céphalées, les vertiges souvent ressentis par les femmes lorsqu'il est appliqué de trop bonne heure et l'obligation dans laquelle beaucoup se sont trouvées de l'interrompre. Nous voyons que celles qui ont quitté leur lit les troisième, quatrième et cinquième jour après leur délivrance, ont présenté une accélération extraordinaire du pouls, d'autant plus marquée que la femme se levait plus tôt. Souvent aussi une légère hyperthermie a accompagné ces manifestations cardiaques. Enfin dans de nombreux cas il nous a semblé que l'involution utérine se faisait lentement. Nous ne pouvons pas dire qu'elle était retardée puisque les femmes partaient avant qu'elle ne fût complète, mais beaucoup avaient un utérus plus volumineux que la normale au moment de leur départ.

Pour l'ensemble de ces raisons nous ne sommes pas partisans du lever les quatre ou cinq premiers jours après l'accouchement. Par contre, l'observation nous a montré que les vertiges, la céphalée ont été exceptionnels chez les femmes levées au sixième, septième ou huitième jour. L'involution s'est faite chez elles normalement, quelquefois même très rapidement, les lochies n'ont présenté que, très rarement, une teinte rougeâtre ou une odeur fétide longtemps prolongée. Le pouls et la température sont restés normaux et les déviations utérines ont été rares.

Il nous semble que le lever au sixième ou au septième

jour, ne puisse avoir d'inconvénients pourvu qu'il n'y ait pas d'infection, pourvu aussi que par lever on n'entende pas reprise des occupations habituelles mais seulement position assise et marche sans fatigue.

Le lever précoce que nous préconiserons sera donc celui mis en pratique à partir du sixième ou du septième jour et qui consistera non pas à laisser les femmes se lever à leur fantaisie une partie de la journée, ni vaquer aux moindres travaux du ménage, mais rester assises une ou plusieurs heures sur un siège confortable et en augmentant chaque jour la durée du lever.

Cette distinction bien établie, voyons quels sont les avantages que présente cette méthode.

DES AVANTAGES DU LEVER PRÉCOCE AU 6e-7e JOUR

« Il n'est pas douteux, dit M. Bouchacourt, que le lever précoce, en modifiant favorablement la circulation intra-abdominale, ne facilite le rétablissement des fonctions de l'intestin, de l'estomac et du foie, d'autant plus que l'appétit revient, de ce fait, beaucoup plus vite. »

Cette influence salutaire sur l'intestin et la vessie est indéniable. Nous avons remarqué que les femmes qui restaient longtemps au lit avaient constamment besoin de laxatifs ou de lavements pour aller à la garde-robes ; du jour où on leur permettait de se lever, les fonctions s'accomplissaient d'elles-mêmes et avec la plus parfaite régularité. Tous les auteurs qui ont étudié le lever précoce, ont remarqué ce même avantage ; plus le lever se fait tôt, plus les garde-robes spontanées se produisent rapidement. Etant donné que le colibacille est plus souvent qu'on ne croit un agent d'infection, cet avantage est très précieux, d'autant plus que journellement on rencontre encore des femmes qui sont rebelles à toute

idée de purgation pendant la lactation. Les organes, dans ce cas, restent congestionnés, tout le petit bassin est le siège d'une stase sanguine d'autant plus prononcée qu'avec le repos prolongé on a un ralentissement des combustions et des excrétions, et partant une augmentation de l'acidité de l'organisme par transformation incomplète des matériaux azotés et l'on conçoit facilement que dans cet état l'infection microbienne trouve là un terrain des plus propices à son implantation.

Il en est de même pour la vessie. Bien qu'en général la rétention d'urine soit rare après les deux premiers jours qui suivent l'accouchement, nous l'avons cependant observée quelquefois mais dès que nous permettions à nos malades de se lever, elle disparaissait comme par enchantement. Le massage des viscères produit par la contraction de la paroi abdominale suffit à lui seul à expliquer la disparition de cet incident fâcheux.

On comprend aussi qu'en favorisant la circulation il agisse également sur la fonction rénale ; la nutrition se trouve ainsi ramenée plus rapidement à son état normal et cette heureuse influence a une répercussion en ce qui concerne la lactation. Nous avons vu souvent des femmes dont la lactation était restée faible pendant leur séjour au lit, fournir une quantité de lait plus considérable et devenir d'excellentes nourrices à partir du moment où elles commençaient à sortir et marcher. C'est là un fait banal : tous les accoucheurs l'ont remarqué et il est bien conforme aux données physiologiques. En effet, comme toute secrétion organique, il est incontestable

que la secrétion mammaire exige pour être abondante, un exercice modéré. Il a été fait, à ce sujet, des expériences intéressantes en Allemagne, sur des vaches laitières. On a montré qu'à égalité de régime, si la vache qui est soumise à la stabulation produit très légèrement plus de lait que celle qui travaille, par contre ce lait est moins riche en beurre et en caséine. Il en est de même pour la femme. Maintenue longtemps au lit, elle se trouve dans de bien plus mauvaises conditions que la vache à l'étable, aussi n'est-il pas surprenant de voir son lait diminuer progressivement, dans ce repos forcé, non pas seulement en qualité, mais en quantité, d'autant plus que l'appétit est alors rarement conservé.

D'ailleurs, n'est-il pas à remarquer que c'est chez les paysannes qui se lèvent en général de bonne heure après leur accouchement, qu'on observe les plus fortes montées laiteuses et que c'est à elles qu'il faut s'adresser pour trouver de bonnes nourrices?

DES CRITIQUES FORMULÉES CONTRE LE LEVER PRÉCOCE

A l'heure actuelle, les reproches adressés au lever précoce par certains cliniciens peuvent être ramenés à cinq principaux: crainte des accidents infectieux, d'un arrêt dans l'involution utérine et des prolapsus, crainte de la phlegmatia et des troubles du côté de l'équilibre abdominal. Nous allons examiner si ces critiques sont fondées ou si, au contraire, elles sont une pure vue de l'esprit.

Rapports du lever au 6-7e jour avec les accidents infectieux

« Certes il est légitime, pour un accoucheur, dit M. Desplats (1), de tout faire pour éviter l'infection puerpérale et de prendre les mesures les plus sûres pour ramener les organes du petit bassin au volume et dans la position qu'ils

(1) *Journal des sciences médicales de Lille,* 1899.

avaient avant la grossesse. Il est légitime aussi qu'il fasse pour le mieux afin d'assurer à la jeune femme le retour des formes élégantes dont la grossesse l'avait temporairement privée. » Il doit également viser à ce que la femme ne sorte pas moins valide et moins résistante de son accouchement; il doit éviter tout ce qui la rendrait moins apte à concevoir ou à accoucher dans la suite. Si donc il était prouvé qu'un séjour prolongé au lit et un long repos écartent ou diminuent seulement le danger de l'infection, qu'il favorise l'involution utérine, qu'il supprime les causes les plus banales et les plus efficaces des déplacements et assure la restitution intégrale des formes, nous n'aurions pas à hésiter. Nos malades devraient observer le repos le plus sévère et d'une durée encore plus longue que celui conseillé par les plus exigeants. Mais toutes ces propositions sont contestables, jusqu'ici personne n'a pu encore prouver ce que tous avançaient et nous croyons même pouvoir dire que, contrairement à l'opinion commune, le repos prolongé tel que certains le recommandent, prédispose à l'infection.

Au fond, c'est vers elle, en effet, que doivent tendre tous nos efforts de lutte, c'est elle qu'il importe essentiellement d'éviter, car c'est à elle, sans aucun doute, que nous devons rapporter les accidents précoces comme les tardifs. Jusqu'à ces dernières années, il ne paraissait douteux pour personne que les phénomènes inflammatoires consécutifs aux accouchements, reconnaissaient pour cause principale le traumatisme. Depuis les recherches microscopiques, on a reconnu la fausseté de cette interprétation, les théories

microbiennes ont modifié nos idées sur ce point et tous les accidents inflammatoires, quels qu'ils soient, sont considérés aujourd'hui, comme étant de nature infectieuse. La clinique a contrôlé la justesse de ces affirmations et lorsqu'il y a dix ans, M. Pinard (1) écrivait: « une femme qui nous quitte au bout de cinq ou six jours n'est pas une femme valide; elle n'est pas malade, c'est vrai, mais plus qu'une autre, elle est exposée à toutes sortes d'infections. » rien n'était plus exact, mais ce n'était pas le lever précoce qui était le coupable. Une femme peut se lever tôt après sa délivrance et ne présenter aucun incident, tandis qu'une autre maintenue chez elle rigoureusement au lit s'infectera si elle est exposée à tous les germes apportés, les uns par des pansements malpropres, les autres par la femme elle-même ou par le mari. C'est, en effet, à ces agents microbiens habitant le vagin ou l'utérus au moment de l'accouchement ou introduits postérieurement que l'infection est justement attribuée. Toutes les précautions les plus minutieuses doivent donc tendre à détruire ou à neutraliser sur place les agents microbiens existants et à rendre aseptiques instruments, mains de l'accoucheur et objets de pansement.

Malgré tous les efforts, malgré l'antisepsie et l'application des plus récents procédés d'asepsie, on ne peut rendre absolument stériles les voies génitales et c'est là l'explication des accidents qu'on ne parvient pas à éviter. Mais la présence seule des microbes, d'agents vivants et

(1) In *Clinique obstétricale,* 1899.

même de bacilles notoirement infectieux dans les produits de secrétion des accouchées ne suffit pas pour produire l'infection. Sans cela comment pourrait-on s'expliquer la rareté relative des accidents puerpéraux à la campagne ou dans la classe ouvrière qui ne connait souvent pas les injections et néglige trop couramment encore les soins de la plus élémentaire hygiène? Non, à la présence seule des microbes on ne peut attribuer l'infection du post-partum, il faut que ces agents infectieux ou leurs produits toxiques soient résorbés et pour cela il est nécessaire qu'ils soient retenus dans la cavité utéine en contact avec la plaie placentaire.

C'est pour éviter les effets de cette dangereuse rétention que pendant plusieurs années on a eu recours aux injections intra-utérines, parfois même à l'irrigation continue et qu'on pratique encore largement dans certains services les injections vaginales. Si elles sont bien faites, si l'opérateur a pris soin d'aseptiser ses mains et ses instruments, les plus graves interventions obstétricales ne provoqueront pas la moindre élévation de température et les suites de couches seront des plus simples. « Le traumatisme n'est donc rien, comme le dit si justement M. Desplats, mais l'infection est tout. »

Or si nous laissons l'accouchée longtemps au lit dans la position horizontale, que faisons-nous? Tout ce qu'il faut pour favoriser la pullulation microbienne. Toutes les sécrétions stagnent et s'accumulent dans l'utérus, rien ne sort du vagin sinon par regorgement et les bacilles trouvent là un bouillon de culture propice à leur évolution.

Si, au contraire, nous permettons à notre patiente de s'asseoir ou même de se lever, les cavités utérine et vaginale se trouvent drainées par la simple action de la pesanteur à laquelle s'ajoute encore l'action des contractions utérines qui deviennent alors beaucoup plus énergiques.

Nous agissons comme avec une injection antiseptique et sans courir, ce qui est appréciable, les risques d'une hétéro-infection. Du reste, les anciens accoucheurs avaient très bien remarqué l'importance de cet écoulement naturel des lochies et à l'époque pré-antiseptique, alors que l'infection puerpérale régnait en maîtresse dans les maternités, cette question constituait, pour ainsi dire, le point capital dans les suites de couches. « Lorsque l'accoucheur, dit Sacombe (1), est bien convaincu par l'état de la matrice que l'accouchée n'aura point d'hémorragie, il doit lui permettre de passer du lit de travail dans le lit de couche et comme le trajet n'est pas long, il doit engager l'accouchée à se tenir debout au lieu de la transporter dans une situation horizontale qui s'opposrait à l'écoulement du sang et des eaux restées dans la matrice après l'accouchement. Il lui fera garder le lit le moins longtemps possible, c'est-à-dire qu'il la laissera se lever dès le second jour de la couche et faire par degrés l'essai de ses forces. »

Si maintenant, grâce aux précautions antiseptiques, les accouchées de nos maternités ont des suites de couches aussi favorables que les accouchées des campagnes qui n'en prennent aucune, mais se lèvent de bonne heure après la

(1) In *Eléments de la science des accouchements* (Germinal, an X).

délivrance, cela se comprend aisément. Dans les deux cas les produits de sécrétion des voies génitales ne restent pas en contact avec la plaie utérine. Dans un cas ils sont périodiquement balayés par les irrigations, dans l'autre ils sont entraînés au dehors sous l'action de la pesanteur et des contractions utérines.

L'observation nous a confirmé du reste l'exactitude de ces données. Toutes les accouchées que nous avons autorisées à se lever au sixième-septième jour après leur avoir conseillé de s'asseoir dans leur lit dès le lendemain de la délivrance, n'ont présenté aucune manifestation infectieuse et chez aucune nous n'avons eu à constater de fièvre puerpérale.

Puisqu'il en est ainsi, puisque les femmes qui se lèvent tôt et toutes celles qui, par une position appropriée facilitent l'écoulement lochial, échappent aux dangers de l'infection auxquels beaucoup sont cependant exposées par l'absence de soins, pourquoi redouter ces accidents infectieux et pourquoi condamner les accouchées au décubitus dorsal prolongé et à l'immobilité longtemps continuée ?

Son influence sur l'involution utérine

Parmi les raisons qui ont été invoquées par les accoucheurs pour légitimer ce maintien au lit des accouchées, la crainte de la subinvolution utérine a toujours été prédominante. Depuis qu'il était admis que l'utérus n'était pas revenu avant vingt et un jours à ses dimensions normales, cette date était devenue le terme idéal du lever après l'accouchement.

Mais depuis quelques années des recherches nouvelles sont venues démontrer qu'il s'en fallait de beaucoup que l'involution utérine s'effectuât aussi lentement qu'on le croyait. « Immédiatement après l'expulsion de l'arrière-faix, dit Vorlet (1), l'utérus a la forme d'un globe dur, volumineux, de la grosseur de deux poings dont le fond n'atteint pas tout à fait l'ombilic: il est dévié à droite et reste gros pendant les douze premières heures. Le troisième jour il a déjà diminué, son fond dépasse la symphyse de la largeur de la main; au sixième jour il est à trois ou

(1) Vorlet. — In *Hygiène de la grossesse et des suites de couches,* 1900.

quatre doigts au-dessus de la symphyse et a encore le volume du poing; le neuvième jour à deux doigts et du douzième au quinzième son fond affleure le bord supérieur de la symphyse.

A partir de ce moment, il diminue progressivement de volume et après le quinzième jour on ne doit plus le sentir derrière la symphyse. » En 1906, M. Camacho, élève de M. Maygrier a publié dans sa thèse les résultats de 120 observations prises à la Maternité de la Charité, chez des femmes qui gardaient le lit pendant une dizaine de jours et voici quelles étaient les conclusions de ce travail: « c'est entre le neuvième et le douzième jour après la délivrance, correspondant à la plus grande majorité des cas, que le fond de l'utéus disparait derrière la symphyse pubienne. »

Nous retrouvons à peu de choses près les mêmes moyennes dans les mensurations de Varnier. Pour lui, dès la seconde moitié du premier jour, le fond de l'organe ne dépasse pas le pubis de plus de douze centimètres; le deuxième jour, il l'a trouvé à dix, du cinquième au septième il l'a vu tomber de huit à six pour rentrer habituellement derrière le pubis vers le neuvième jour.

Dès lors le terme fatal de trois semaines, recommandé par les accoucheurs comme durée moyenne de la restitutio ad integrum de l'utérus, nous parait exagéré. L'involution utérine ne met pas aussi longtemps pour s'effectuer et il n'est pas nécessaire d'attendre qu'elle soit complète pour permettre à la femme de se lever. Nos observations personnelles nous ont montré que c'était chez les accouchées à qui

nous avions permis de quitter le lit les cinq, six et septième jour, que l'involution se faisait le plus rapidement et le plus complètement et cela se comprend aisément.

Lorsqu'après quelques jours d'un bon drainage naturel de la cavité utérine par la position assise,on permet à la femme de se lever, on active de cette façon la circulation intra-abdominale tout en produisant de petits tiraillements sur les ligaments utérins et en imprimant à l'utérus des mouvements qui favorisent son involution. Il se produit là une sorte de massage du muscle utérin sous l'influence des contractions des muscles volontaires et cet exercice reconnu de la plus haute utilité dans un grand nombre de maladies, ne peut pas être nuisible pour les accouchées. « Tout physiologiste, disait M. Regnault, affirmera que les contractions des muscles abdominaux seront évidemment favorables à la circulation sanguine des organes, tandis que le repos amène la laxité des tissus et favorise les ptoses. » D'ailleurs les faits viennent à l'appui de cette doctrine. D'autres auteurs avant nous ont constaté les effets favorables d'un lever précoce surveillé sur l'involution utérine : Küstner avait remarqué que chez ses accouchées levées de bonne heure, l'involution s'était bien faite et que les lochies avaient été peu abondantes; M. Desplats, qui a une pratique de plus de trente années, a constaté également ces heureux avantages: « on peut affirmer, dit-il, que les mouvements précoces facilitent au point de vue local l'involution utérine. » et Charpentier, dès 1889, avait observé les mêmes faits: « il nous a paru, écrivait-il dans son Traité pratique des accouchements, que soit chez les mul-

tipares, soit les primipares... les dimensions de la cavité utérine diminuaient beaucoup plus rapidement et que en un mot le retour à l'état normal de l'organe se faisait avec une rapidité tout autre que chez les femmes qui gardent longtemps le lit. »

Parmi les auteurs modernes, nous avons été heureux de retrouver la même opinion émise dans le récent manuel d'obstétrique de Schœffer-Potocki dans les termes suivants: « Il faut admettre que l'involution de leurs organes est plus rapide dans ces conditions (lever trois ou quatre jours après l'accouchement » et dans un article de M. Pichevin où il est dit: « le fait est qu'une femme qui reste de longues semaines allongée dans son lit, sans le moindre mouvement, conserve plus longtemps sa matrice grosse que celle qui se lève et marche au bout de quelques jours. » Il serait difficile de mettre en doute cette heureuse influence car on conçoit très bien que le décubitus dorsal prolongé puisse déterminer sur le fond de l'utérus, surtout quand il y a rétroflexion, une congestion par hypostase, véritable œdème utérin analogue à celui qui survient dans les mêmes conditions dans le parenchyme pulmonaire et que cet œdème contribue à retarder l'involution utérine.

En résumé, pour nous le lever précoce, et l'observation nous a prouvé que le sixième ou le septième jour étaient les meilleurs pour le commencer, ne constitue pas une gêne à la régression utérine. Au contraire, il favorise directement la circulation intra-abdominale, permet une meilleure irrigation de l'utérus et en facilitant le libre écoule-

ment lochial, il nous semble mettre la matrice dans les meilleures conditions pour un bon retour à son état primitif.

SES RAPPORTS AVEC LES PROLAPSUS

Nous savons que pendant la grossesse les organes sexuels éprouvent de grandes modifications: le poids de l'utérus augmente, la vessie est refoulée, les ligaments qui soutiennent les organes (ligaments larges servant à maintenir la matrice sur la ligne médiane, ligaments ronds l'empêchant de basculer en arrière, ligaments utéro-sacrés s'opposant au mouvement de descente) sont allongés et au moment de l'accouchement le vagin est distendu, les parties constituant le périnée souvent déchirées.

Immédiatement après la délivrance, la matrice a une longueur de vingt centimètres, son poids est encore de trois livres en moyenne et elle ne reprend son poids initial de cinquante à soixante grammes qu'après deux mois environ. On comprend facilement que ce poids énorme de l'utérus, avant qu'il ne soit suffisamment rapetissé, ait impressionné certains accoucheurs et que beaucoup lui aient attribué, par suite de ses tractions continues sur les ligaments, les prolapsus utérins. Pendant les quinze premiers

jours, disent-ils, en effet, le vagin, encore trop dilaté n'oppose que peu d'obstacle; que le travail de la subinvolution utérine pour une cause quelconque s'accomplisse imparfaitement, que les parois distendues ne reviennent pas sur elles-mêmes, que les ligaments n'acquièrent plus leur résistance première, les organes mal retenus, mal soutenus, auront une tendance à prolaber. Et remarquez, ajoutent-ils, combien les prolapsus génitaux sont plus fréquents chez les campagnardes et chez les femmes du peuple qui se lèvent tôt que chez les femmes du monde.

Cette interprétation des faits nous paraît discutable: « la reprise rapide, pour l'accouchée, dit le docteur Bouchacourt, de ses occupations pénibles et des fatigues de sa profession nous semble, avec les grossesses répétées souvent à de très courts intervalles, avoir une bien plus grande influence que le court séjour au lit. » Et, en effet, nous croyons difficile que le lever précoce puisse amener un prolapsus. « Il faut des années, dit M. le professeur Bar, pour qu'une ptose utérine se produise et si les ligaments utérins (pubio-utérins et vésico-utérins) sont solides, le lever précoce tel que nous l'entendons ne fera pas le prolapsus. »

Bumm de Berlin ne l'a jamais observé, Küstner est aussi affirmatif et M. Desplats s'élève résolument contre cette opinion classique.

Nous regrettons de n'avoir pu revoir la plupart des accouchées soumises au lever précoce; il nous a été impossible, après leur sortie de la Maternité, d'obtenir une visite quelque temps après à la consultation, mais c'est là une enquête à faire et nous ne croyons pas qu'elle se ter-

mine par la constatation de prolapsus nombreux. Il nous a été donné d'avoir des renseignements sérieux sur les accouchées des campagnes et somme toute, même après un lever très précoce, même après des grossesses répétées, un travail souvent au-dessus des forces et une mauvaise hygiène, les cas de ptose utérine sont extrêmement rares.

SES RAPPORTS AVEC LES DÉVIATIONS UTERINES

Parmi les inconvénients du lever précoce après l'accouchement, on trouve partout signalée la crainte de déviations utérines.

Tous les classiques le signalent dans l'étiologie de ces affections et c'est principalement quand il s'agit de la rétroflexion que les critiques deviennent plus sévères.

Nous savons que dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, le mouvement de régression de l'utérus s'accentue, le corps se met en antéflexion sur le col et sa face antérieure appuie sur la vessie vide et s'y imprime. Le canal cervical se branche à angle obtus sur le vagin parallèle au plan du détroit supérieur, tandis que la cavité du corps, parallèle à l'axe du détroit supérieur est dans une direction perpendiculaire au vagin. La cavité du corps fait avec celle du col un angle obtus de 120° et avec le vagin un angle droit. Cette disposition est la règle, nous la retrouvons toujours et nous allons voir que loin

de la modifier, le lever précoce ne peut que l'influencer favorablement.

En effet, si nous maintenons la femme dans une position horizontale prolongée, nous exposons son utérus flasque, énorme, dont les ligaments sont relâchés, dont les moyens de sustentation et de suspension sont inférieurs à la tâche, nous exposons, disons-nous, son utérus pesant, déjà disposé à se porter en arrière sous l'action de plénitude de la vessie, à subir une rétrodéviation plus ou moins accentuée.

Du fait que cette matrice hypertrophiée, mal soutenue par en bas et mal retenue par les ligaments ronds, au lieu de rester en ante-courbure, se porte vers l'angle sacro-vertébral, il n'en faut pas davantage pour que la pression abdominale aidant et exerçant son action sur la face antérieure de l'utérus, l'organe de la gestation bascule en arrière, entraîné par son propre poids et tombe dans le cul-de-sac de Douglas.

La position horizontale n'est pas favorable au maintien de l'utérus en ante-courbure. Dans le décubitus dorsal, l'horizontalité et l'immobilité du corps n'ont pour résultat que de produire un état de stase et de congestion dans le bassin. L'utérus hypertrophié, ramolli, a besoin de reprendre sa contractilité pour diminuer de volume. Si nous le maintenons congestionné, son involution se fait mal, il réagit moins bien aux pressions abdominale et vésicale auxquelles il est constamment soumis et il cède en s'incurvant en arrière.

Avec la station debout, ces inconvénients disparaissent.

Si l'on a soin de bien vider la vessie régulièrement, la circulation sanguine utérine se fait normalement, l'organe reste en ante-courbure et d'autant plus facilement que la pression abdominale a tendance à agir sur sa face postérieure. Kronig et Bumm l'avaient justement remarqué et comme ils le disaient, la rétro-flexion, quand elle existe, est congénitale, ce n'est pas le repos au lit qui l'empêchera ni le lever tôt qui la donnera. Et, en effet, sur six cents femmes, Küstner ne constata qu'un seul cas dans ses examens ultérieurs de contrôle et nous-même avons pu vérifier l'exactitude de ces faits; toutes nos accouchées se sont très bien, trouvées au point de vue utérin du lever au 6-7e jour et deux seulement ont présenté une rétroflexion au moment de leur départ de la Clinique.

SON ROLE DANS LA PATHOGÉNIE

DES PHLÉBITES

Un autre accident parmi les plus redoutés des accoucheurs et que beaucoup ont imputé au lever précoce et à la mobilisation après l'accouchement, est certainement la phlébite. Suite tardive de la puerpéralité, le phlegmatia débute du douzième au vingtième jour des suites de couches, quelquefois plus tôt, du huitième au douzième, dans d'autres cas plus tard: du vingtième au vingt-cinquième jour.

Les anciens auteurs la connaissaient cliniquement, mais ils en ignoraient la pathogénie. Pour eux, la coagulation du sang était primitive dans la lésion et ils admettaient la théorie de la thrombose primitive de Virchow.

On comprend qu'ils aient attribué une large part dans l'étiologie de cette complication au mouvement. Pour eux, en effet, il était le facteur essentiel, la cause de la migration du caillot obturateur et il fallait à tout prix l'éviter. C'est à Hervieux, Hutinel, Siredey que revient le mérite

d'avoir reconnu la pathogénie toute différente de cette affection. Sa nature infectiuse est, en effet, maintenant définitivement établie; la formation du caillot est secondaire, elle succède à l'inflammation de la veine; la thrombose relève de l'action sur l'endothélium veineux du streptocoque ou de tout autre microbe, du colibacille, du gonocoque, par exemple. Si la phlébite frappe les membres inférieurs dont les veines très éloignées du cœur et fréquemment variqueuses se prêtent mal à une circulation active, c'est le plus souvent par propagation de proche en proche d'une réaction veineuse utérine, le caillot formé au niveau d'un sinus utérin envahissant peu à peu les veines iliaque, fémorale et saphène. Mais il peut en être autrement, la lésion n'est pas toujours forcément localisée à cette partie de l'organisme et on l'a signalée aussi dans les veines humérales, cérébrales, ophtalmiques par localisation sur un point d'une de ces veines de germes charriés dans le sang.

D'ailleurs, l'état puerpéral prédispose remarquablement à ces coagulations veineuses.

« En effet, comme le disait récemment M. le professeur Bar dans une leçon, chez les femmes, à la fin de la grossesse, la lenteur de la circulation est extrême en raison de l'ectasie considérable de tout le système veineux et cette lenteur est encore accrue pendant les suites de couches si on impose un repos absolu aux nouvelles accouchées. » Les physiologistes, d'autre part, nous ont appris que la présence de sels de chaux dans le sang est nécessaire pour qu'il y ait coagulation. Or, il y a précisément, à la fin de

la grossesse, excès de sels calciques dans le sang: le système osseux du fœtus se développant énormément à cette période, il se fait dans l'organisme maternel une mobilisation considérable des sels de chaux. M. le professeur Bar a trouvé chez une femme, trente-cinq jours avant l'accouchement, 0 gr. 052 de sels de chaux pour 1000 grammes de sang et seulement 0 gr. 03 pour 1000 quarante-cinq jours après la délivrance. Les mêmes proportions se retrouvent chez la chienne pendant et après la gestation.

Une autre cause non moins importante d'exagération de la coagulabilité du sang, c'est la dilution; or, à la fin de la grossesse, la proportion du plasma sanguin est augmentée de 1/10e et on rencontre une grande quantité de fibrine et de thrombase liée à l'hyperleucocytose. Les grandes hémorragies accentuent encore cette tendance et les accoucheurs savent parfaitement que les femmes ayant perdu beaucoup de sang par suite d'une insertion vicieuse du placenta sont plus que les autres exposées à des thromboses.

Enfin, pour peu que l'œuf soit malade, on voit se produire toute une série de thromboses dans le placenta ou même à distance. L'œuf est donc par lui-même un agent de thrombose en raison des réactions qu'il provoque du côté de l'organisme maternel.

« Sur un terrain aussi admirablement préparé, comme le dit M. le professeur Bar, qu'un agent infectieux quelconque pénètre et la thrombose se développera avec une extrême facilité car la plaie utérine est essentiellement une plaie veineuse communiquant avec des sinus très larges. »

Il est hors de doute maintenant que l'agent de la phlébite est l'infection, mais il est hors de doute aussi que cette infection trouve dans les nouvelles accouchées des sujets singulièrement prédisposés et il est même surprenant de ne pas la rencontrer plus souvent. Cette raréfaction des phlébites que l'on constate actuellement dans les services hospitaliers et même dans la clintèle, vient incontestablement de notre asepsie meilleure, nous combattons le mal à sa racine, à son point de départ, en évitant la pénétration microbienne dans l'utérus.

Puisqu'il en est ainsi, puisque le facteur mécanique est tout-à-fait secondaire par rapport à l'infection, quels sont donc les rapports du lever au 6-7e jour avec la phlegmatia?

A notre avis, d'après nos résultats et ceux de Kronig, qui n'a pas observé un seul cas de phlébite sur les mille accouchées traitées par la même méthode, s'il n'y a pas infection, le lever précoce ne facilitera pas la thrombose; au contraire, en activant la circulation, il permettra d'éviter la thrombose aseptique par stase que l'on peut, à la rigueur, concevoir dans les cas où, comme nous venons de le voir avec M. le profeseur Bar, les causes prédisposantes de la coagulation sanguine ont atteint un certain degré d'acuité.

Quant aux femmes qui présentent des signes d'infection, si légers soient-ils, nous estimons avec M. Fromme (1) (de Halle) qu'il y a un gros danger à les faire lever. Nous savons, en effet, que les thromboses pelviennes

(1) In Presse Médicale 10 avril 1909

chez les accouchées peuvent rester latentes et évoluer souvent sans grands symptômes. Certaines se produisent très lentement, dans des segments limités du système veineux et il faut toujours craindre qu'une embolie ne survienne avant l'apparition de la phlegmatia confirmée. On conçoit facilement qu'un mouvement brusque causé par la marche ou un effort puisse détacher un caillot ablitérant un vaisseau utérin et provoque ainsi soit une hémorragie, soit une embolie. Bien que Küstner et Krönig, qui appliquaient systématiquement le lever précoce à toutes leurs accouchées, n'aient pas observé un seul cas d'embolie, nous avons jugé prudent, dans la crainte d'une surprise fâcheuse, de l'interdire à toutes les femmes qui présentaient quelques signes d'infection.

SON INFLUENCE SUR LES PTOSES

VISCÉRALES

Parmi les critiques adressées au lever précoce, les troubles de l'équilibre abdominal méritent, à notre avis, une place à part, car ils paraissent bien réels dans certains cas, notamment en ce qui concerne l'absence du retrait de la paroi abdominale.

M. Doléris estime avec raison qu'une des causes les plus fréquentes de l'éventration consécutive à la grossesse est la durée insuffisante du séjour au lit après l'accouchement; aussi conseille-t-il le repos horizontal prolongé à ses clientes atteintes d'éventration.

Sans doute, dans bien des cas d'entéroptose, on retrouve, à côté du lever précoce, beaucoup d'autres causes dont l'influence a peut-être été prépondérante parmi les facteurs étiologiques. Souvent, en effet, des grossesses répétées à de courts intervalles, une infection utérine antérieure, une cessation brusque de l'allaitement, quelques jours après l'accouchement, comme l'a signalé M. Dolé-

ris, la reprise trop précoce du port du corset, pourront agir d'une manière aussi indiscutable sur les ptoses viscérales ultérieures, néanmoins, nous croyons que l'influence de la station debout n'est pas négligeable. Lorsque l'accouchement s'est effectué, la paroi abdominale reste relâchée, « l'utérus, dit le docteur Querneau (1), exonéré du produit de la conception, se trouve brusquement réduit de volume. La paroi abdominale ne pouvant suivre que très lentement et incomplètement l'utérus dans son mouvement de retrait, se trouve par là même beaucoup trop ample. Cet excès d'ampleur, il est facile de s'en convaincre, porte surtout sur la région fibro-aponévrotique antérieure. Les muscles droits laissent entre eux un espace vide, flottant, ocupé par la ligne blanche élargie. Dans cette gouttière viendront se loger les viscères abdominaux et le moindre effort suffira pour accuser une saillie anormale, sorte de fausse hernie. »

On conçoit dès lors le rôle pathogénique que peu exercer dans cete affection un lever trop prématuré et l'importance que certains auteurs lui ont attachée. Quant à nous, nous en avons toujours été si convaincus que nous avons imposé à toutes nos accouchées le port d'un bandage abdominal large, suffisamment serré et appliqué dès avant le premier lever.

De cette façon, nous n'avons jamais constaté la moindre ptose viscérale, mais nous sommes persuadés que sans cette précaution, nos femmes auraient présenté des troubles du côté de l'équilibre abdominal. La situation pour

(1) Querneau — Thèse de Paris 1897

une accouchée n'est pas la même que pour une opérée de laparotomie : chez l'une la paroi refermée par de bonnes sutures a conservé ses dimensions normales, sa tonicité habituelle ; chez l'autre, au contraire, elle est relâchée, allongée et il est indispensable de suppléer par un bandage approprié, à la faiblesse de la sangle musculo-aponévrotique jusqu'à ce qu'elle ait repris sa tonicité.

Tous les auteurs qui se sont occupés du lever précoce des accouchées, Küstner, Falk, Beuttner, Hegar, l'ont du reste reconnu et appliquent à leurs patientes une ceinture ventrale pour éviter le relâchement de la paroi abdominale.

SUITES ÉLOIGNÉES DU LEVER PRÉCOCE

Un des points intéressants de l'étude du lever précoce des accouchées est certainement la connaissance des avantages ou des inconvénients futurs de son application. Nous avons vu quels étaient les résultats présents, mais, comme nous l'avons déjà signalé dans un précédent chapitre, il ne nous a pas été permis de savoir les conséquences éloignées parce que les femmes ne revenaient pas à la Clinique Tarnier après leur sortie pour un examen de contrôle.

Nous serons donc fort bref sur ce chapitre cependant intéressant à plus d'un point de vue, car, ainsi que nous l'avons fait remarquer, certains accidents, parmi lesquels le prolapsus utérin est de tous le plus typique, ne mettent qu'un certain temps à se développer et il eut été curieux de chercher leur fréquence chez nos malades.

Etant dans l'impossibilité matérielle de le faire, nous nous contentons de citer les résultats de Küstner déjà signalés au cours de ce travail et de quelques auteurs plus récents.

Mme Darcanne-Mouroux (de Fougères) à l'obligeance de laquelle nous devons ces renseignements, a bien voulu nous fournir sa statistique de cent accouchées. Ces femmes, cultivatrices, ménagères ou ouvrières de l'Ille-et-Vilaine, se sont toutes levées du deuxième au huitième jour, après un accouchement normal et ont été examinées plusieurs fois à des intervalles plus ou moins éloignés de leur délivrance par Mme Darcanne-Mouroux, et voici quels ont été les résultats de cette enquête :

Etat normal des organes	27 cas
Sub-involution utérine et métrite consécutive	22 —
Prolapsus (2e degré)	20 —
Rétro-version	13 —
Ante-version exagérée	6 —
Colpocèle gênante (cystocèle le plus souvent)	6 —
Lésions inflammatoires des annexes	5 —
Phlébite	1 —

soit une proportion des lésions de 73 0/0.

Le 19 décembre dernier, à la séance de la société gynécologique néerlandaise, le docteur Meurer a publié une autre statistique portant sur cent cas de lever précoce après l'accouchement, dont : 8 le deuxième jour, 20 le troisième, 12 le quatrième, 33 le cinquième, 12 le sixième, 15 le septième.

Voici la comparaison des résultats obtenus avec ceux observés chez 200 autres accouchées qui s'étaient levées vers le dixième jour :

Elévation de tempér^re au-delà de 37°9	27 0/0	39 0/0
Rétroflexion utérine	5 0/0	7,5 0/0

	Lever précoce	Lever tardif
Subinvolution utérine	17 0/0	1,5 0/0
Lochies abondantes de longue durée...	22 0/0	2 0/0
Lochies odorantes	3 0/0	5 0/0
Antiflexion fortement prononcée.....	8 0/0	—
Thrombose	2 0/0	0,5 0/0

Ces résultats sont déplorables, mais ils ne nous surprennent pas car ils sont dus à l'inobservance des préceptes généraux sans lesquels le lever précoce peut aboutir aux conséquences les plus fâcheuses.

Les femmes de la Bretagne, comme le dit Mme Darcanne-Mouroux, se font un devoir et un honneur de pouvoir reprendre rapidement leurs occupations; elles soumettent ainsi leur organisme fatigué, anémié, affaibli, à un travail exagéré et l'on comprend que les résultats soient différents des nôtres.

Ce n'est pas de cette façon que nous comprenons le lever précoce et l'observation nous a montré que nous pensions juste. Nos malades, munies d'un bon bandage abdominal suffisamment serré au moyen d'une large bande, élastique de préférence, se lèvent au sixième ou septième jour et augmentent progressivement la durée de leur séjour hors du lit pour arriver insensiblement à reprendre peu à peu leur vie habituelle. Mais à aucun moment il n'est question pendant les premiers jours du lever, de la reprise du travail ou des occupations du ménage.

Cette distinction a pour nous la plus grande importance: il est certain que sans elle on s'expose à des dangers inconnus quand on l'observe et nous trouvons là l'ex-

plication toute naturelle de la réserve avec laquelle beaucoup de cliniciens hésitent à expérimenter la méthode.

De plus, et c'est là un des côtés de la question qui présente un gros intérêt, cette permission accordée à l'accouchée de quitter son lit peu de temps après la délivrance, ne doit pas faire supposer qu'elle peut reprendre son travail à l'usine ou à la manufacture quelques jours après et ne pas influencer le zèle des philanthropes ou du législateur.

Comme nous ne cessons de le répéter, se lever ne veut pas dire agir, la femme a besoin d'un long repos après son accouchement et ce serait mal interpréter nos intentions que de vouloir, en nous citant, la priver de l'assistance à laquelle elle a droit.

Comme l'a dit le poète, la femme est une éternelle blessée, mais c'est surtout après l'accouchement qu'elle doit profiter de nos soins et être entourée de notre sollicitude et pour ne laisser aucun doute sur notre conviction à ce sujet, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de citer, en terminant, les lois protectrices de la femme en couches en Europe, en souhaitant que la France, qui a attendu ces dernières années pour se mettre à l'œuvre, reprenne bientôt le niveau de ses devanciers.

LOIS PROTECTRICES DE LA FEMME EN COUCHES

ANGLETERRE. — *Loi de 1891. Art. 17.* — Le patron d'une fabrique ou d'un atelier ne permettra pas, en connaissance de cause, qu'une femme travaille dans les quatre semaines qui suivent son accouchement.

ALLEMAGNE. — *Loi du 1er juin 1891. Art. 137.* — Les femmes en couches ne doivent pas être occupées en général pendant les quatre semaines qui suivent leur délivrance et elles ne doivent l'être pendant les deux semaines suivantes que si le certificat d'un médecin approuvé déclare ce travail admissible.

Les lois de 1883 et 1892, sur l'assurance contre les maladies accordent aux femmes en couches un secours de maladie pendant une durée de quatre semaines.

AUTRICHE. — *Loi du 8 mai 1885.* — En cas d'accouchement, un délai de quatre semaines est imposé à la femme à partir de sa délivrance, quel que soit l'établissement dans lequel elle travaille.

BELGIQUE. — *Loi du 13 décembre 1889.* — Les femmes ne sont pas admises pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement.

HOLLANDE. — *Loi du 5 mai 1899. Art. 8.* — Interdiction de faire travailler les femmes pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement.

HONGRIE. — *Loi des 18-21 mai 1884.* — Suspension de quatre semaines du travail des femmes en couches.

NORVEGE. — *Loi du 27 juin 1892. Art. 21.* — Les femmes ne sont admises au travail que six semaines après leur accouchement. Cet espace de temps peut cependant être réduit à quatre semaines lorsque la femme produit un certificat de médecin constatant qu'elle peut, sans préjudice pour sa santé, accomplir le travail qui lui est destiné.

PORTUGAL. — *Décret-loi du 14 avril 1891. Art. 23.* — Aucune femme ne sera admise au travail dans les établissements industriels pendant les quatre semaines qui suivront ses couches.

Après et avant leurs couches, il est réservé un espace de temps de huit semaines en tout, pendant lequel les femmes ne peuvent être admises au travail dans les fabriques. Elles ne sont admises de nouveau dans la fabrique qu'après avoir fourni la preuve qu'il s'est écoulé six semaines au moins depuis le moment de leurs couches.

SUISSE. — *Loi fédérale du 23 mars 1877. Art. 15.*

FRANCE. — *Lois du 2 novembre 1892 et 30 mars 1900.* — Interdiction aux femmes de porter, trainer ou pousser

des charges pendant les trois semaines qui suivent l'accouchement.

Loi du 15 juillet 1893 assimilant les femmes en couches à des malades, leur assure l'assistance médicale gratuite.

Circulaire du 15 janvier 1903. — Les dames employées à l'administration des postes, télégraphes et téléphones ont droit à un congé de maternité de 35 jours avec intégrité de traitement pendant cette période à dater du jour de l'accouchement et sans que le congé puisse être imputé sur le congé annuel.

Loi du 27 novembre 1909 déclare que: la suspension du travail par la femme, pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de louage de service et ce, à peine de dommages-intérêts au profit de la femme.

Décret du 18 mars 1910. — Un congé de deux mois, avec traitement entier, en dehors des congés pour maladie prévus par le décret du 9 novembre 1853, est accordé aux institutrices, moitié avant, moitié après les couches.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède et de nos observations personnelles portant sur 400 femmes accouchées à la Clinique Tarnier pendant l'année 1909-1910, nous tirons les conclusions suivantes:

Les femmes ne désirent pas, en général, quitter leur lit avant le troisième jour.

Cent cinquante accouchées nous ayant demandé l'autorisation de se lever aux 3, 4 et 5e jours, nous la leur avons accordée, mais les résultats n'ont pas été encourageants: vertiges, céphalées, courbature générale, accélération du pouls, involution utérine souvent retardée en ont été les plus fréquentes conséquences, aussi rejetons-nous ce lever trop précoce.

Par contre, à partir du 6 ou 7e jour, l'observation de 250 femmes nous a montré que les résultats étaient favorables et voici la pratique qui nous paraît la meilleure:

Si la femme a eu un accouchement long ou très laborieux, une hémorragie sérieuse et surtout des hémorragies répétées qui la mettent en imminence possible de phlébite,

si elle a présenté un placenta prœvia ou si son utérus a une tendance à se prolaber ou à se dévier, nous ne devons pas permettre le lever précoce.

Si, au contraire, la femme est saine, si elle ne présente aucun symptôme d'infection, nous pouvons autoriser le lever au 6e ou 7e jour. Cette pratique, si l'asepsie est scrupuleusement observée, facilitera l'écoulement des lochies, l'involution utérine et la régression variqueuse. Elle permettra d'éviter ou de diminuer la constipation, la rétention d'urine; elle réduira les risques de phébite.

Mais il reste bien entendu qu'on ne doit pas confondre ce lever précoce avec la reprise prématurée des occupations. De tout temps cette dernière manière de comprendre l'hygiène des suites de couches a été en honneur dans le peuple et elle est blamable.

Aussi, dans tous les cas où l'accoucheur pourra craindre que le lever précoce soit un prétexte à une reprise prématurée du labeur quotidien, ce sera sage de s'en tenir au vieux procédé d'imposer un repos au lit prolongé.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu : Le Président de Thèse,

BAR.

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alevensleben. — *Presse Médicale,* 19 septembre 1908.

Bar. — *Pratique de l'art des accouchements.*

— *Journal des Praticiens,* 30 avril 1910.

— *Journal des Sages-Femmes,* 16 mars 1910.

Beuttner. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande,* 1906.

Bouchacourt. — *Presse Médicale,* 1907.

De Bovis. — *Semaine Médicale,* 12 février 1908.

Brothers. — *Semaine Médicale,* 1907, p. 271.

Brouha. — *Le Scalpel,* 15 novembre 1908.

Cabanès. — *Les curiosités de la Médecine,* 1900.

Camacho. — *Thèse de Paris,* 1906.

Charles. — *Journal d'accouchements,* 1906.

Charpentier. — *Traité pratique des accouchements,* 1889.

Darcanne-Mouroux (Mme). — *Presse Médicale,* avril 1910.

Desplats. — *Journal des sciences médicales de Lille,* 1899.

Doléris. — *Métrite et fausses métrites.*

Engelmann. — *Pratique des accouchements chez les peuples primitifs,* 1885.

Fromme. — *Presse Médicale,* 10 avril 1909.

Flèche. — *Thèse de Bordeaux,* 1906-1907.

Grosse. — *Gazette médicale de Nantes,* janvier 1910.

Hegar. — *Deutsche médical Woche,* 1906, 22 novembre.

Hehne. — *Monatschrift für Geburtshülfe und gynecology,* p. 544, fascicule V., Vol. XXX.

Küstner. — *Zeitschr. für Geburtsch. und gyn.* 1898. T. XVII, n° 23.

— *Abeille Médicale,* 17 décembre 1898.

Kümmel. — *Presse Médicale,* 2 octobre 1909.

Lucas-Championnière. — *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation.*

Meurer. — *Journal d'accouchements,* 27 mars 1910.

Meyer. — *Munchener medizinische Wochenschrift,* 1909, t. LVI, numéro 6.

Miquel-Maillé. — *Thèse de Toulouse,* 1908-1909.

Moreau. — *Traité pratique des accouchements,* 1841.

Pichevin. — *Semaine gynécologique,* 18 septembre 1906.

Pierra. — *Revue pratique de gynécologie, obstétrique, pédiâtrie,* 1906.

Pinard. — *Clinique obstétricale,* 1899.

Querneau. — *Thèse de Paris,* 1897-1898.

Regnault. — *Médecine et pharmacie chez les Chinois,* 1902.

Reynès. — *Séance de l'académie de Médecine* du 17 mai 1910.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — *Précis d'obstétrique.*

Ries .— *Journal American Medical Association,* août 1899.

Sacombe. — *Eléments de la science des accouchements* (Germinal an X.

Schœffer-Potocki. — *Atlas manuel d'obstétrique clinique.*

Sué. — *Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchements,* 1779.

Tarnier. — *Traité de l'art des accouchements.*

Thévenot. — *De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées.*

Vance. — *Semaine Médicale,* 1907.

Varnier. — *La pratique des accouchements.*

Vorlet. — *Hygiène de la grossesse et des suites de couches,* 1900.

Witkowski. — *Histoire des accouchements chez tous les peuples.*